

# Tiers payant – non merci!

... ou pourquoi même un canton traditionnellement tiers payant comme St-Gall privilégie le tiers garant

*P. Wiedersheim, président de la Société des médecins du canton de St-Gall*

Deutsch erschienen  
in SÄZ Nr. 39/2005

- Depuis la fin de la neutralité des coûts, diverses assurances-maladie se sont activement engagées en faveur d'une livraison directe de toutes les données de facturation.
- En matière de tiers payant, tout ce qui brille n'est pas en or.
- Les avantages présumés du tiers payant sont à prendre avec des pincettes!
- Nos «clients» ne sont pas les assurances-maladie mais les patients – on ne peut pas contourner leur responsabilité par une livraison directe des données comptables!

## Introduction

Dans cinq cantons seulement (Uri, Schwytz, Glaris, Grisons et St-Gall), les factures des médecins sont encore délivrées directement aux assurances-maladie dans le cadre du tiers payant. Tous les autres cantons sont au tiers garant, c.-à-d. que les factures sont d'abord soumises aux patients.

L'«Union tarifaire de la Suisse orientale» (associant les cantons AI/AR, GL, SH, TG et SG) a résilié son contrat d'affiliation au 30 juin 2005, dans le but d'en conclure un nouveau (LeiKoV) avec santésuisse à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, dans le respect de la continuité en période de transition. Santésuisse a, de son côté, résilié le contrat d'affiliation avec tous les autres cantons, à l'exception des cantons du Jura, du Tessin et de Vaud. Dans la mesure où aucune nouvelle solution contractuelle n'émerge au sein des cantons, le système du tiers garant entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 conformément au LAMal art. 42, al. 1.

Les présidents des cantons de Glaris et de St-Gall ont tous deux la compétence de négociation en matière de passage au tiers garant. Dans le cadre des négociations contractuelles en cours, l'Union tarifaire de la Suisse orientale a, de son côté, clairement formulé deux exigences: maintien des régions et tiers garant pour tous les cinq cantons.

## Un processus de changement long et difficile dans le canton de St-Gall

Dès l'an 2000, le comité directeur de la Société des médecins du canton de St-Gall s'était déclaré en faveur du passage au tiers garant. Dans le contexte de phase de neutralité des coûts, santésuisse a catégoriquement rejeté un tel changement de système. A l'occasion d'une assemblée générale extraordinaire qui s'est tenue en automne 2003 (approbation du contrat d'affiliation), la compétence de négociation en matière de passage au tiers garant a été attribuée, avec une écrasante majorité, au comité directeur. Naturellement, même dans le canton de St-Gall, comme dans les autres cantons ayant adopté plus tôt le tiers garant, des voix critiques souhaitant le maintien du tiers payant se sont fait entendre; cependant, tout jugement objectif parle clairement en faveur du tiers garant. Dans la phase préparatoire des négociations actuelles, santésuisse Est 2 a montré peu d'enthousiasme pour le passage au tiers garant à l'ordre du jour.

## Enseignements tirés de la phase de neutralité des coûts

Sur la base de nos données (chiffres des Trust-Centers), les médecins ont pu échapper, à l'échelle de la Suisse entière, à un dommage de plus de 100 millions de francs. Que cela ait suscité peu d'enthousiasme de la part des assurances-maladie est d'autant plus facile à comprendre que, depuis la fin de la neutralité des coûts, elles ont mené une campagne active auprès des médecins pour le passage au tiers payant. Par de séduisants slogans tels que «Optimisation des procédés», «Efficacité» et «Réduction des coûts», etc., il s'agit de convaincre le plus grand nombre possible de collègues du principe du transfert direct des données aux assurances-maladie. Même le directeur de la plus grande assurance-maladie de Suisse s'est engagé personnellement dans cette campagne, n'hésitant pas à répandre de

Correspondance:  
Dr Peter Wiedersheim, MBA  
Rorschacher Strasse 150  
CH-9006 St-Gall  
Tél. 071 245 02 02  
Fax 071 243 27 71

fausses déclarations à l'endroit du TrustCenter propre des médecins. Les «manœuvres» des assureurs visent, d'une part, la mise à disposition directe de toutes les données électroniques de facturation et, d'autre part, la suprématie des données.

Dans l'intérêt de nos patients, nous devons attirer l'attention sur le fait que toutes les données transférées électroniquement, jusqu'au moindre bit, peuvent être décortiquées, analysées et traitées. Cela peut avoir des conséquences déplaisantes non seulement pour nos assurés (p.ex. dans le domaine des assurances complémentaires) mais aussi pour les médecins!

A plusieurs reprises, au cours de la phase de neutralité des coûts, d'importants déficits de données chiffrées de santé suisse ont pu être comblés par les données des médecins. Le contrôle de performances se poursuit, après la phase de neutralité des coûts, il est pour cela indispensable de ne pas égarer ce pool de données des médecins et, dans l'idéal, de continuer à l'alimenter.

### **En matière de tiers payant, tout ce qui brille n'est pas en or**

Malgré un système moderne d'émission des factures, le comportement de paiement de la plupart des assurances-maladie est quasiment préhistorique. Au lieu d'utiliser le règlement électronique des paiements, au moins  $\frac{3}{4}$  de l'ensemble des paiements sont effectués via un bordereau. Cela signifie que les paiements de diverses factures sont versés au médecin via un formulaire séparé portant le montant total des prestations et transmis par voie postale. Dans l'idéal, ce bordereau porte le nom du patient, le numéro de facture, le montant de la facture ainsi que la date de facturation. Evidemment, ces quatre mentions présentent malheureusement très souvent des lacunes ou sont erronées de sorte que les noms des patients peuvent faire l'objet de confusions, les numéros de facture peuvent présenter des erreurs ou font complètement défaut, le montant total peut être mal reporté ou versé deux fois, etc., etc. Concrètement, cela signifie que, chaque mois, des opérations manuelles laborieuses de rapprochement des bordereaux de paiement avec les relevés bancaires doivent être réalisés, que le système informatique du cabinet médical doit disposer d'un système de recherche performant et que, chaque mois, une correspondance et des écritures de contre-passation avec les assurances-maladie doivent être échangées.

Un autre sujet de contention sont les dites «prestations non obligatoires» de la caisse médicale. Si celles-ci sont facturées avec les «prestations obligatoires», les caisses-maladie soustraient le montant de ces prestations du total facturé car ils partent du principe que, dans tous les cas, ces prestations doivent être facturées via les malades. Si, malgré tout, cette version est adoptée, le montant doit être acquitté au médecin, tout d'abord, par le patient puis ensuite par l'assurance-maladie (car nous sommes dans un canton TP). Il en résulte des mouvements de liquidités superflus et beaucoup de paperasse.

La campagne, mettant en avant que le tiers garant permet de payer les factures aux patients via l'assurance-maladie dans un délai de 10 jours, a gagné les médecins dans un canton traditionnellement tiers payant. Dans le système de tiers payant, même si l'avis de paiement arrive bien dans un délai de 2 à 3 semaines, il porte souvent la mention que le paiement sera effectué seulement au dernier moment (conformément au contrat d'affiliation encore en vigueur jusqu'à la fin de l'année, 45 jours). Très souvent, il faut attendre encore au moins une semaine jusqu'à ce que l'argent soit effectivement versé.

P.-S.: Uniquement dans la phase de neutralité des coûts, les assurances-maladie ont soudainement pu régler le paiement dans un délai de 1 à 2 semaines – c'est aussi de cette manière que sont générés les «frais médicaux»!

Les caisses d'assurance-maladie font également sans cesse l'objet de rappels. «Intérêts moratoires» est un terme ne faisant pas partie du vocabulaire de la plupart des assurances – la charge de correspondance est, en contrepartie, négligeable et sera tenu, au maximum, une seule fois. Il faut aussi remarquer que le tiers payant n'est pas synonyme de garantie de paiement. Au plus tard, lorsqu'une patiente ou un patient ne paie plus sa prime d'assurance et qu'un acte de défaut des biens a été émis, le médecin traitant a la surprise de ne plus percevoir de paiements, et ce de manière rétroactive, tant que les primes dues ne sont pas payées dans leur intégralité (même une garantie de prise en charge des frais écrite est, dans ces cas-là, sans valeur).

### **Avantages présumés du tiers payant (prudence!)**

- Avec l'envoi des factures à l'assurance-maladie, les frais de port des factures aux assurés sont éliminés en théorie seulement car

- LAMal art. 42, al. 3, dispose que: «Avec le système du tiers payant, l'assuré/e reçoit une copie de la facture envoyée à l'assurance-maladie.» Les coûts restent ainsi quasiment identiques.
- Le médecin n'a pas de risque de recouvrement mais: comme indiqué ci-dessus, cela doit être relativisé. Même avec le tiers payant, un contrôle de coûts minutieux doit être pratiqué et il faut aussi mentionner que le risque de recouvrement n'est pas pris en charge gratuitement par l'assurance-maladie!

### Ce qui parle en faveur du tiers garant

En première ligne, la protection des données. Nos «clients» sont des patients et non des assurances-maladie. Les malades doivent décider eux-mêmes du transfert de leurs données. Dans le cadre de la transparence des coûts, il faut également renforcer le sens des responsabilités – le «patient majeur» ne doit pas devenir un simple mot creux.

Pour le tiers garant, en ce qui concerne l'échange électronique des données, c'est le principe de collecte qui s'applique. La collecte primaire de l'ensemble des données comptables dans le TrustCenter permet non seulement possible aux médecins de pratiquer les contrôles de coûts nécessaires mais aussi de rassembler des données pour optimiser la qualité et mettre au point des lignes directrices. En principe, seules les données des prestations reviennent aux assurances-maladie, données qu'elles prennent en charge!

Avec le tiers payant, il existe, par contre, une dette portable du médecin, c.-à-d. que tous les coûts de remise de la facture électronique incombent au prestataire. Qui ne satisfait pas aux conditions imposées par les caisses, peut alors se trouver face à un important problème de recouvrement.

### Pas de «risques majeurs»

Une dizaine d'assurances-maladie couvrent environ 80% du volume des prestations. Diverses caisses-maladie (y compris les grosses assurances-

maladie) ont déclaré, à la fin de l'année dernière, des réserves inférieures au minimum légal. En plus de la coupe des primes des assurances-maladie en constante progression, il existe aussi la recommandation du Conseil fédéral diminuant les réserves minima. Le risque de cessation de paiement des caisses-maladie augmente ainsi. Avec l'envoi des factures d'abord aux malades, le risque de recouvrement est réparti. Les données réelles de paiement collectées dans plus 5000 cabinets médicaux ont permis de calculer un risque ducroire d'environ 1% (évidemment ce chiffre est plus important pour les cabinets ayant un mauvais système de rappels ou une clientèle peu sûre). Pour cette dernière, les règles adéquates peuvent être prises directement avec l'assurance-maladie concernée.

### Conclusion

Les malades du canton de St-Gall aussi disposent d'un droit à la «majorité», à la transparence et à la protection des données. Nos «clients» ne sont pas des assurances-maladie mais nos patients. Ils sont donc logiquement les destinataires de nos factures. C'est à eux de décider quelles données peuvent être transférées aux caisses-maladie. La charge de l'ensemble des prestations relevant du domaine des assurances complémentaires est essentiellement une question du ressort de l'assurance-maladie et du patient – elle ne doit pas être mise sur le dos des médecins.

La neutralité des coûts a montré l'importance du pool de données du médecin pour la défense des intérêts des médecins. Il doit continuer à être mis à disposition pour la poursuite du contrôle des prestations.

Le contrôle de qualité et les lignes directrices sont, en premier lieu, du ressort des médecins. Dans l'intérêt de tous les malades de ce pays, ils ne doivent pas être menés selon la logique des assurances-maladie!

Je me félicite tout particulièrement des mesures d'optimisation de la «jungle comptable» des frais médicaux, qui devront toutefois être mises en œuvre de manière juste et correcte. Pour ce qui est des «manœuvres» actuelles de certaines assurances-maladie, un seul commentaire s'impose: «Tiers payant – non merci!»