

Infos ó U.S.P.O.
2008 ó 53

Paris, le 17 avril 2008

Dossier réalisé par :
Bertran CARLIER

ENQUETE COUTS DU TIERS-PAYANT Résultats et débats

Vous trouverez ci-joint les résultats et principaux débats de l'enquête relative aux coûts « cachés » du tiers payant en pharmacie dont le questionnaire avait été diffusé par l'Info-USPO 2007-87.

Nous tenons à remercier les pharmaciens nous ayant répondu (134 réponses) malgré le temps nécessaire beaucoup plus long que les précédentes enquêtes menées par l'USPO.

I- Résultats de l'enquête

Les résultats ci-après sont classés en quatre rubriques comme dans le modèle transmis aux pharmaciens (Info-USPO 2007-87) :

- 1) Frais informatiques
- 2) Frais de personnel dédiés au tiers-payant
- 3) Impayés Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurance Maladie Complémentaire (AMC)
- 4) Indemnisations AMO & AMC (en positif)

Pour en faciliter l'interprétation, l'USPO avait demandé aux pharmaciens uniquement des données quantifiables avec des indicateurs homogènes rappelés en bas du tableau.

Coût annuel moyen de gestion du tiers payant en pharmacie

	En heures / an (1)	En euros TTC / an
Éditeur de logiciel (2)		4 629,61 € *40 %
Abonnement concentrateur (3)		270,00 €
TOTAL 1 frais informatiques		<u>2 121,85 €</u>
Enregistrement des droits AMO et AMC (4)	73	747,49 €
Vérification des droits AMO et AMC (5)	380	3 855,86 €
Aides aux assurés à la mise à jour des droits (6)	43	441,42 €
Télétransmission	171	1 735,68 €
Pointage des rapprochements bancaires	147	1 496,91 €
Réclamations, contentieux	36	365,76 €
+ TOTAL 2 Frais de personnel dédié	851	<u>8 643,11 €</u>
+ TOTAL 3 Impayés AMO et AMC		<u>2 996,11 €</u>
TOTAL coûts 1+2+3		13 761,07 €
"Aide pérenne" FSE		1 222,58 €
Aide 0,05 € "rétrocession conventionnelle" AMC		155,35 €
- TOTAL 4 Indemnisations AMO et AMC		<u>1 235,52 €</u>
Reste à charge =		<u>12 525,54 €</u>
<u>1 + 2 + 3 - 4</u>		

Source : Enquête USPO 2007

- (1) : Utilisation du coefficient 260 de la Convention collective pour la valorisation des heures de travail
- (2) : Le coût TTC de la facturation globale par l'éditeur (logiciel, contrat de maintenance, matériel...) est accompagnée d'un prorata de 40 %, la part du tiers payant y étant estimée à 40 % par rapport au reste de l'activité.
- (3) : Montant TTC de la ligne "abonnement" de la facture OCT sans prendre en compte des déductions Pharmastat/Santestat ni les "rétrocessions conventionnelles" 0,05 € des AMC (intégrées en partie 4)
- (4) : 1 minute par nombre d'assurés dans la base patients depuis 1 an
- (5) : 30 secondes par facturations en produits remboursables
- (6) : 1 minute par aide

Ce tableau appelle les cinq précisions et commentaires suivants :

- **Les coûts ci-dessus sont minimisés avec des éléments non quantifiés ou sous valorisés pour les raisons suivantes.**

N'ont pas été pris en compte car leur mesure aurait demandé des recherches complexes aux pharmaciens :

- L'impact du tiers payant sur les capacités et le renouvellement du parc informatique ;
- le tri des ordonnances, travail fastidieux qui pourrait disparaître dans le cadre de la scannérisation des ordonnances (voir Info-USPO n°2007-124) et dont l'évaluation des coûts nécessite une étude complémentaire ;
- l'impact sur la trésorerie de l'allongement des délais de paiement particulièrement longs (MFP, ENIM...);
- enfin et surtout, la valorisation du temps de travail est effectuée avec un salaire de préparateur, ce qui ne correspond pas toujours à la réalité décrite par les pharmaciens (voir ci-après).

➤ **Les coûts de personnel représentent la majorité des coûts cachés dédiés au tiers payant.**

Les coûts de personnel s'établissent à :

- 63 % des coûts totaux (du total 1+2+3) en valorisant le temps de travail avec un coefficient 260 de préparateur ;
- 80 % avec le coefficient 600 de pharmacien assistant.

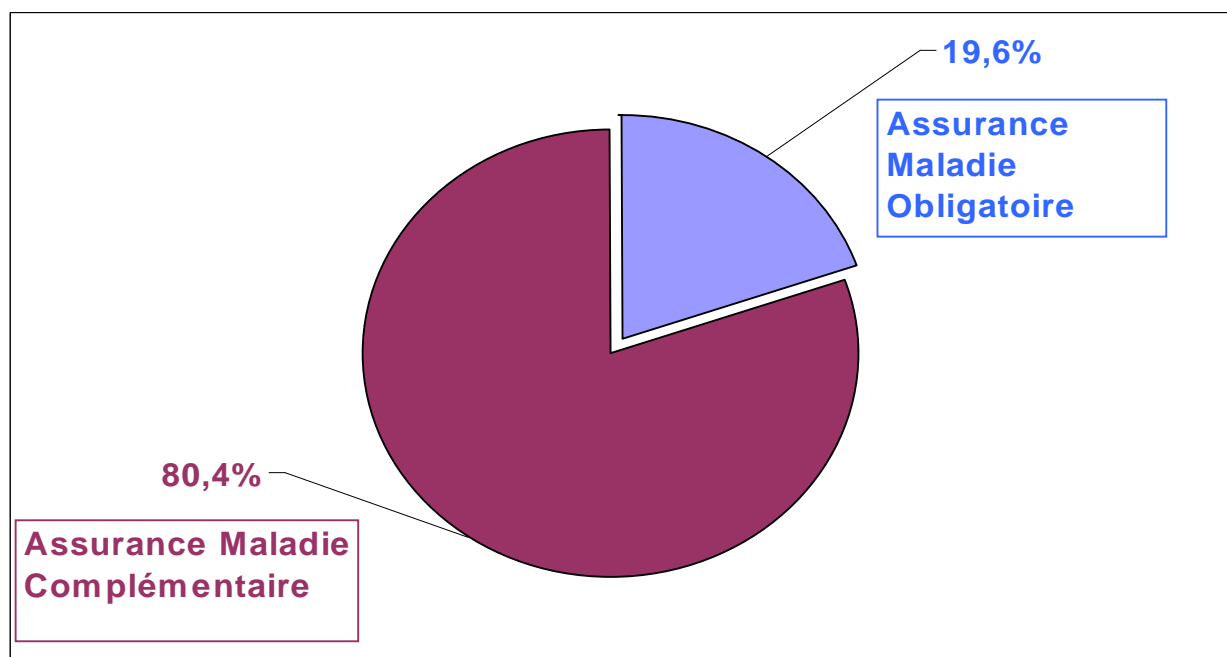
Le « reste à charge » (1+2+3-4) serait même quasiment doublé (23 823 p à la place de 12 526 p) avec l'utilisation d'un salaire de pharmacien assistant, ce qui correspond à une réalité dans 36,4 % des pharmacies (voir plus bas).

➤ **Les coûts cachés du tiers payant sont très majoritairement induits par les échanges avec l'Assurance Maladie Complémentaire**

Les engagements signés avec l'Assurance Maladie ont normalisé les procédures avec les régimes signataires (CNAMTS, MSA, RSI) par un meilleur respect de la garantie de paiement, par exemple lors de la mutation d'assurés entre caisses. D'autres points (garantie de paiement des AT « premiers soins », dégradé hors département) devraient être rapidement solutionnés. D'autres sont en cours de négociation comme la mise en place d'une procédure de paiement automatique en cas d'incident généralisé ou l'harmonisation des libellés des retours.

Le projet le plus porteur de simplification administrative est celui de la scannérisation des ordonnances par la constitution de lots d'images dématérialisées liés aux lots. L'USPO a enclenché cette négociation à l'UNCAM que nous souhaitons voir aboutir au plus vite (voir Info-USPO 2007-124).

Estimez-vous le nombre d'incidents de paiement (non respect de la garantie de paiement, délais élevés de paiement) plus nombreux avec :

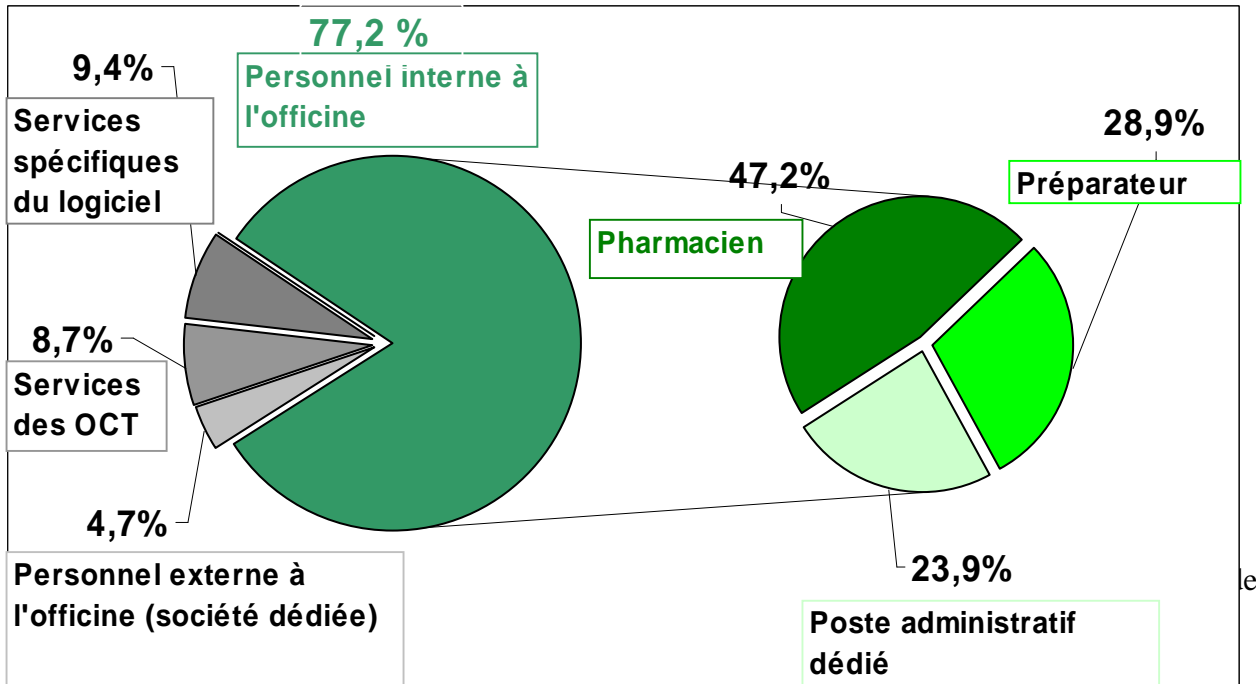


Source : Enquête USPO 2007

Les relations avec les organismes complémentaires sont encore rendues difficiles par leur nombre encore important et ce parfois, sans cadre conventionnel. Le premier levier réside dans le développement de gestionnaires de tiers payant (Almérys, Viamedis, Actil etcí) en tant qu'accélérateur de regroupement des organismes AMC. Le chargement des droits sur des cartes à puces (Vitale, SP-Santé ou autre) constitue un deuxième levier qui nécessitera une remise à niveau conventionnel notamment pour certaines mutuelles.

➤ Il existe de fortes disparités dans l'organisation des tâches administratives de la pharmacie.

Par qui ou quel moyen se fait le pointage des rejets et impayés ?



Source : Enquête USPO 2007

NB : Pour la première question, plusieurs réponses par pharmacie sont parfois citées (ex : personnel interne + OCT).

Ces réponses mettent en évidence plusieurs **typologies en pharmacie selon le choix du titulaire** :

- **Je contrôle moi-même** (77,2 % * 47,2 % = 36,4 % des réponses)
- **Je délègue plus ou moins partiellement** :
 - à du personnel interne spécialisé (poste administratif dédié) ou non (préparateur). Ce choix est actuellement le plus répandu dans les pharmacies (77,2 % * (28,9 % + 23,9 %) = 40,8 % des réponses) ;
 - par un service supplémentaire payant de mon logiciel ou de mon OCT (AGETIP, Résobank, Ospharm, SPC) ;
 - à un prestataire spécialisé de mise à disposition de personnel.
- **Je ne gère plus ni directement ni indirectement le suivi du tiers payant** estimant les coûts d'opportunité pour une intervention trop élevés par rapport aux montants des impayés. Les zones « d'abandon » du travail administratif par certains pharmaciens aurait pu être quantifiées par un nombre de réponses supérieures à celles reçues qui paraissent plutôt émanées de « spécialistes » de l'organisation du tiers-payant.

Le nombre de réponses reçues ne permet pas non plus une évaluation de l'efficacité de ces différentes stratégies qui **dans tous les cas détournent des ressources au détriment du cœur de métier de la pharmacie**.

➤ **Les indemnisations AMO et AMC apparaissent comme une réponse palliative aux coûts cachés dans le cadre d'une stratégie perdant/perdant**

Pour rappel, ces aides se composent :

- de l'aide pérenne ou contribution à la FSE¹, d'un montant de 0,05 € TTC par FSE. Ce montant passera à 0,064 € TTC par FSE dès lors que les solutions techniques prévues à l'article 44 de la Convention Pharmacie seront mises en œuvre par l'Assurance Maladie ;
- d'une « rétrocession conventionnelle » des organismes AMC ayant signé une convention avec les syndicats de pharmaciens.

Les indemnisations AMO et AMC représentent :

- 9,0 %² des coûts totaux (1+2+3) en reprenant l'estimation basse de valorisation du travail par un salaire de préparateur ;
- 4,9 % des coûts totaux avec l'estimation haute de valorisation du travail par un salaire d'assistant.

II- Débats sur l'opportunité du tiers payant

Le tiers payant pharmaceutique peut être accordé sans aucun critère ayant trait à la catégorie du bénéficiaire ou à un seuil minimal de bénéficiaire. Pour autant, il est remis en cause par un ensemble de nouveaux critères de prise en charge pouvant progressivement remettre en cause l'accès aux soins.

1) Le tiers payant pharmaceutique remis en cause par í

í les effets indirects des décisions de l'Etat

- Tiers payant et incertitude de la prise en charge

Le déremboursement non assumé par les pouvoirs publics des préparations magistrales a engendré des « zones grises » d'incertitude de la prise en charge (voir Info-USPO n° 2007-107). A défaut de liste positive clairement reconnue par les caisses, la prudence impose de ne plus effectuer de tiers payant surtout que des contrôles seront annoncés par la CNAMTS lors du second semestre 2008 ;

- Tiers payant et niveau de remboursement

La mise en place des franchises sur les médicaments avec tiers payant intégral y compris sur les 0,5 € amène l'Assurance Maladie à récupérer les montants sur les remboursements suivants hors tiers payant à l'assuré (voir Info-USPO n° 2008-03). En dissociant le niveau de remboursement en pharmacie de la prise en charge effective, le tiers payant sur les franchises ajoute une nouvelle complexité dans les relations assurés/AMO source d'interrogations dans les pharmacies.

í des initiatives de l'Assurance Maladie

- Tiers payant et incitation du patient

En 2007, les départements ayant eu recours à la mesure « tiers payant contre génériques » ont progressé de 10 points de taux de substitution dans les trois mois suivant la mise en application. Par cette mesure initiée par la CPAM des Alpes Maritimes, l'Assurance Maladie a redémontré tout l'intérêt d'activer cette incitation pour le patient.

¹ Article 54 de la Convention Pharmacie

² Respectivement 8,9 % et 1,1 % pour les AMO et les AMC

- Tiers payant et contrôle médical

Certaines CPAM effectuent des récupérations d'indu aux pharmaciens sur des nutriments délivrés hors des indications thérapeutiques. La CPAM justifie ses récupérations aux pharmaciens du fait de l'octroi du tiers payant³. Pour autant, la responsabilité du pharmacien ne peut être engagée sur des informations de compétence médicale qu'il ne doit pas connaître.

Si l'Assurance Maladie met en place des protocoles de soins de plus en plus spécifiques, par exemple à l'occasion d'une redéfinition des critères d'exonération du ticket modérateur, elle devra également proposer aux pharmaciens des outils rapides, accessibles et lisibles maintenant le principe de la garantie de paiement.

í les garanties « en dentelle » des organismes AMC

- Tiers payant et nouveaux supports de droits

La mise en place des vignettes orange en 2006 fut la confirmation de l'adaptation du support papier à la volatilité des contrats AMC. Le tiers payant se renouvelle avec d'autres supports de droits : cartes à puce (SP-Santé, droits AMC séparés sur carte Vitale) et cartes de paiement. Dans le cas des cartes de paiement, le tiers payant n'est plus pharmaceutique mais bancaire. Cette solution en l'état se présente comme prometteuse même si des coûts bancaires succèdent à une partie des coûts cités ci-dessus. La carte bancaire n'apporte pas de services spécifiques et coûte au pharmacien trois fois le montant de l'aide pérenne obtenue auprès de l'Assurance Maladie (voir Info USPO n° 2006-44).

- Tiers payant et médication officinale

La disparité des contrats s'accroît notamment avec les nombreuses initiatives de prise en charge du non remboursable qui pour l'instant ne peuvent pas s'effectuer en tiers payant sur la base d'informations télétransmises. Dans le cadre des expérimentations dites « Babusiaux », les organismes AMC reçoivent les codes CIP des médicaments sous une forme anonymisée. Ainsi, la prise en charge du forfait de 50 ¤ dans l'expérimentation AXA s'effectue hors tiers payant (voir Info-USPO 2007-81).

2) Pourquoi l'opportunité du tiers payant ne doit pas être remise en cause par sa complexification croissante ?

Une enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) décrit l'influence du tiers payant pharmaceutique par typologie d'assurés.

³ L'USPO conteste cette interprétation qui pourrait être prochainement jugée au TASS.

Influence du tiers payant pharmaceutique par typologie d'assurés

Caractéristiques de l'assuré	Influence sur la probabilité de recours au tiers payant
Fort % de dépenses supérieures à 1 000 F	++
Bénéficiaire de l'Aide médicale (AMG)	++
Bénéficiaire d'autres exonérations	++
Non scolarisé	+
Fort % de dépenses inférieures à 75 F	-
Études supérieures	-
Revenu supérieur	--
Agé de plus de 65 ans	--

Source : « Le tiers-payant est-il inflationniste ? », IRDES (ex-CREDES), Questions d'économie de la santé n°27, Mars 2000.

Lecture du tableau :

Toute chose égale par ailleurs :

- un assuré a d'autant plus de chances de recourir au tiers payant qu'il doit faire face à une forte proportion d'ordonnances coûteuses ;
- les personnes âgées de plus de 65 ans et les assurés à revenu supérieur ont moins recours au tiers payant.

Conclusions de l'IRDES :

« Plutôt qu'un effet inflationniste, le tiers payant a un réel effet de justice sociale, limitant le renoncement aux soins pour raisons financières. »

« A morbidité et couvertures égales, il tend à rapprocher la dépense des assurés « moins riches » de celle des assurés plus aisés. »

Ainsi, dans l'intérêt des acteurs (professionnels de santé, AMO, AMC), une négociation complète est devenue nécessaire pour la modernisation et la consolidation du tiers payant.

Quelques questions pour l'avenir :

- ❖ Quel est le coût cumulé de gestion du tiers payant pour l'ensemble des acteurs (autres professionnels de santé, organismes AMO et AMC) ?
- ❖ Jusqu'à quand le tiers payant par les pharmaciens sous la forme actuelle sera-t-il compatible avec la maîtrise des dépenses par l'Assurance Maladie et les contrats diversifiés des AMC ?
- ❖ Les pistes d'améliorations :
 - La réduction des coûts notamment par la dématérialisation des pièces papiers, le zéro papier étant une cible prioritaire ;
 - l'augmentation de l'indemnité FSE ;
 - la saisie automatique des données et la garantie de paiement avec les AMC ;
 - la télétransmission avec paiement direct au pharmacien et un remboursement quasi immédiat au patient (monétique dans une carte) ?

Patrice DEVILLERS
Président

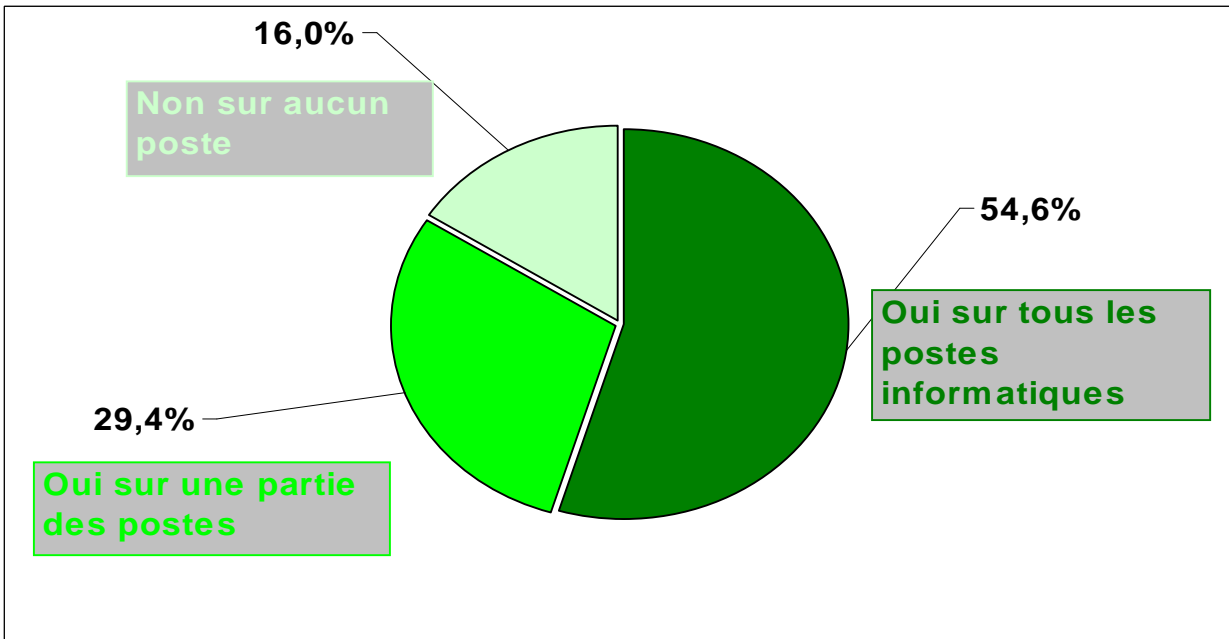
Annexe 1 : Autres questions de l'enquête USPO

Deux sujets d'actualité ont fait l'objet des réponses suivantes :

- Le Dossier Pharmaceutique

En Août/septembre 2007, une petite majorité de pharmacies (54,5 %) était en capacité d'utiliser le DP sur tous leurs postes, 29,4 % sur une partie de leurs postes et 16,0 % sur aucun.

Vos postes disposent-ils d'une connexion haut débit (ADSL) ?



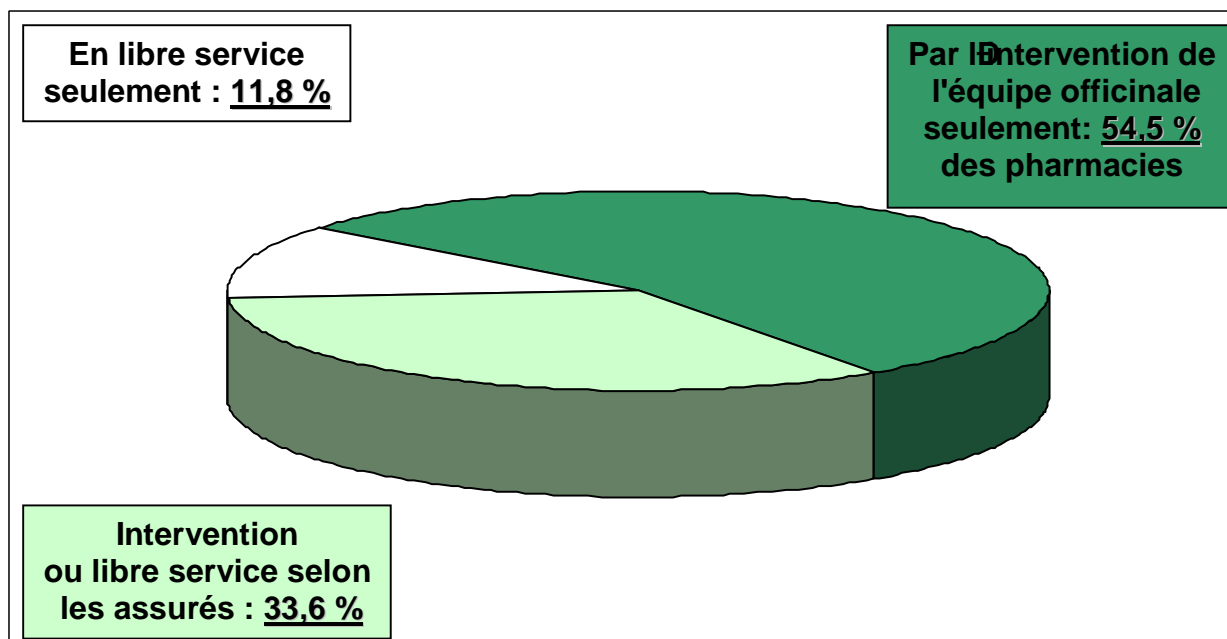
Source : Enquête USPO 2007

➤ La mise à jour des cartes Vitale

La mise à jour des cartes Vitale va s'étendre à de nouvelles missions : désactivation des cartes Vitale 1 / activation des cartes Vitale 2 prévues à partir de l'automne 2008 (Info-USPO à suivre sur ce sujet), obligation de mise à jour des droits AMO au moins une fois par an, mise à jours de droits AMC séparés.

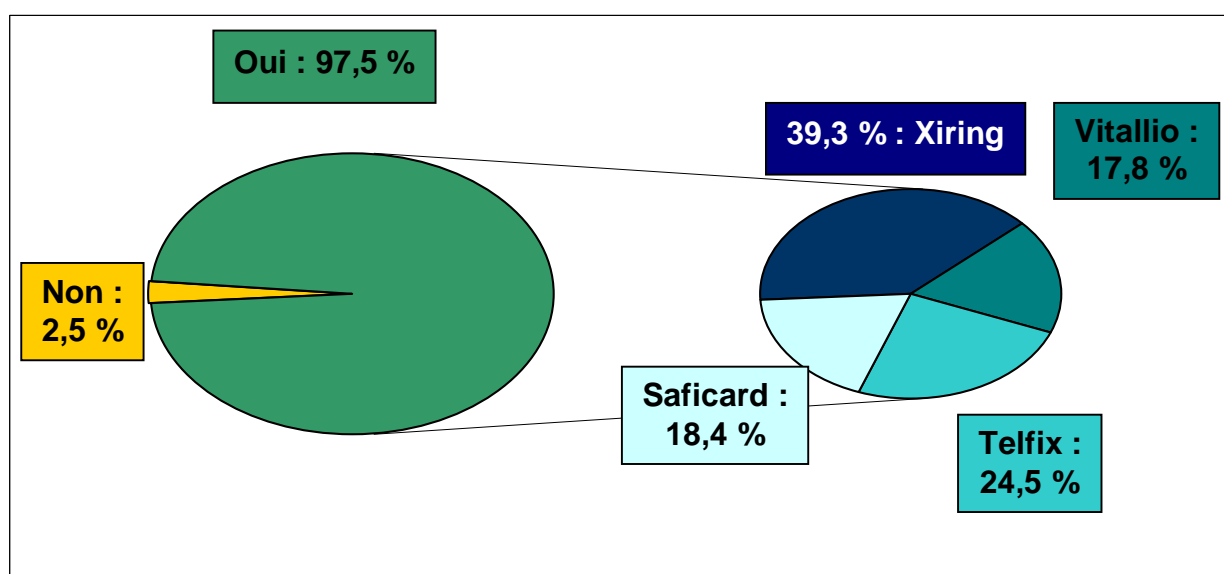
Ces nouvelles missions devront être évaluées au regard de l'intervention de l'équipe officinale. La mise à jour est effectuée par l'équipe officinale (et non par le patient) entre 54,5 % et 88,2 % des cas.

Les modalités d'intervention de la borne de mise à jour en pharmacie



Source : Enquête USPO 2007

Etes-vous équipés d'une borne de mise à jour ? Si oui, avec quelles propositions ?



Source : Enquête USPO 2007