

LES PAIEMENTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ENCORE INSUFFISAMMENT ÉLECTRONISÉS : OPPORTUNITÉS ET MENACES

BERNARD PIERRE*

Le système de santé français doit apparaître bien archaïque au monde bancaire puisque l'essentiel des paiements y reste encore réalisé en espèces ou par chèques et qu'il n'est pas rare que le médecin ou le dentiste s'accorde avec son patient pour gérer un petit « crédit », le temps du remboursement !

Le développement du « tiers payant » pourrait par ailleurs inquiéter les banques qui risquent de voir leur échapper un nombre important de transactions.

L'informatisation des professionnels du secteur santé offre une occasion unique pour leur proposer des solutions ergonomiques et financièrement attrayantes.

SITUATION ACTUELLE DES PAIEMENTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Le montant des dépenses

En 1997 en France, les dépenses de santé se sont élevées à 760 milliards de francs, ce qui représente 10 % du PIB, soit environ 13 000 francs par habitant et par an.

La consommation médicale totale des Français se répartit de la façon suivante :

- 50 % pour l'hospitalisation (publique essentiellement),
- 29 % pour les soins prodigués par les médecins et les auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes...) libéraux,
- 21 % pour les biens médicaux (médicaments, optique, orthopédie).

Les masses financières en jeu sont considérables, ce qui donne tout son sens à l'intérêt du monde bancaire pour les systèmes de paiement

* CSC Peat Marwick

dans le domaine de la santé.

L'hôpital public est presque exclusivement financé par la Sécurité sociale qui lui verse directement chaque mois son budget de fonctionnement, dans le cadre de la procédure du « Budget global¹ ».

Si on laisse de côté les autres dépenses relevant du « tiers payant² », on peut considérer que quelques 350 milliards de francs font l'objet de paiements comptants entre les patients et les professionnels du secteur santé. Sachant que ces paiements comptants ont un montant moyen unitaire de 200 francs, il y a environ 1,75 milliard de transactions réalisées chaque année chez les professionnels libéraux du secteur santé³.

Les paiements comptants

Les moyens de paiement comptant les plus courants en matière de soins sont le chèque (70 % des paiements) et les espèces (26 %).

Bien que les professionnels du secteur santé soient très habitués au règlement par chèque et considèrent ce dernier comme le moyen de paiement le plus simple et le plus rapide, son traitement leur impose plusieurs interventions : remise en banque, enregistrement pour la comptabilité, éventuel différé de remise ; elles constituent autant de pertes de temps et de trésorerie qui pourraient être évitées avec un système adapté aux besoins de ces professions.

2

Le paiement par carte bancaire reste encore peu développé dans le secteur de la santé. Les chiffres sont éloquentes : la carte bancaire n'est utilisée que pour 2,4 % des paiements des patients, alors que cette part est d'environ 30 % dans les autres secteurs. En pharmacie, alors que 80 % des officines sont équipées pour accepter les cartes, seuls 5 % des règlements y sont aujourd'hui effectués par carte bancaire.

Dans le courant des années 1985, les règles interbancaires ont pourtant, à la demande de certains professionnels du secteur santé (pharmaciens et dentistes), été adaptées pour permettre un encaissement différé des factures de cartes bancaires : la transaction peut ainsi n'être débitée qu'après le remboursement du patient.

Cette possibilité, pourtant avantageuse pour les patients, n'a cependant pas développé ce mode de paiement, sans doute en raison d'un manque d'information.

Les professionnels du secteur santé sont souvent opposés à l'utilisation de la carte bancaire, d'une part en raison de la perte de temps supposée qu'impliquerait ce mode de paiement, d'autre part du fait de son coût élevé : les commissions payables aux banques lors de chaque transaction (de 0,5 % à 2,5 % du montant de la transaction) et le coût du lecteur (3 000 francs environ). Par ailleurs, le faible taux d'impayés par chèque (0,67 %) constaté chez les professionnels du secteur santé ne les incite pas à rechercher un moyen de paiement garantissant la bonne

fin d'un règlement. Enfin, la réticence imputable au manque d'habitude et à la résistance au changement est réelle.

La banalisation de ce moyen de paiement entraîne cependant son émergence progressive dans le système de santé, même si un nombre important de porteurs de cartes bancaires n'ont pas acquis l'option avec « débit différé d'un mois ».

Plusieurs établissements bancaires ont d'ailleurs développé une offre ciblée à l'attention des professionnels du secteur santé.

Le tiers payant

Le tiers payant consiste à ne faire payer à l'assuré social que la part de la dépense qui reste à sa charge (ticket modérateur), la part remboursable étant directement réglée par la Sécurité sociale au professionnel du secteur santé. Ce ticket modérateur peut lui-même être pris en charge, en tout ou en partie, directement par l'assureur complémentaire santé (la « mutuelle » dans le langage courant) de l'assuré, en fonction des conventions passées avec les professionnels du secteur santé ; c'est courant pour l'hospitalisation.

Le tiers payant introduit une relation financière directe entre le professionnel du secteur santé d'une part et la Sécurité sociale et / ou l'assurance complémentaire, d'autre part ; il est peu développé aujourd'hui (sauf à l'hôpital public ou privé - clinique - où il est systématique), notamment du fait des réticences d'un grand nombre de professions de santé libérales qui y voient un moyen de contrôle de leur activité par l'assurance maladie. Ce système induit par ailleurs souvent aujourd'hui des retards de paiement importants.

L'intérêt évident des clients pour cette formule qui leur évite d'avancer les frais remboursés par la Sécurité Sociale, modifie cependant progressivement les comportements, et de plus en plus de pharmacies la proposent aujourd'hui (cependant le développement est inégal selon les régions).

Tous les acteurs n'ont cependant pas les mêmes intérêts :

- Le *patient* souhaite surtout ne pas avoir à subir de décalage de trésorerie pour des montants qui peuvent être significatifs par rapport à ses dépenses courantes ; il marque de plus en plus son intérêt pour les formules qui lui permettent de bénéficier d'un différé de débit bancaire ou d'une dispense d'avance de frais. Toutes les simplifications offertes, que ce soit pour la demande de remboursement ou l'acte de paiement ont également ses faveurs. Parmi les éléments d'appréciation d'un contrat d'assurance-maladie complémentaire individuel, ce critère est placé en premier par les clients.

- Le *pharmacien* a dû se contraindre à proposer de plus en plus couramment un système du tiers payant pour faire face à la concurrence

des pharmacies mutualistes qui le pratiquent systématiquement. Aujourd'hui, ce service s'est banalisé mais les officines souhaitent diminuer le volume des formalités administratives, parfois lourdes, du tiers payant et voir se raccourcir les délais de règlement.

- Le *médecin* a le souci de simplifier sa gestion comptable, ainsi que l'acte financier ; il est défavorable à la commission résultant de l'affiliation au système cartes bancaires qui grève des honoraires généralement considérés comme trop maigres. Par ailleurs il veut préserver son indépendance vis-à-vis de la Sécurité sociale, ce qui n'est pas le cas avec le système du Tiers Payant (contrôle possible sur le volume et la nature des actes pratiqués, ainsi que sur les tarifs appliqués). Enfin, il reste attaché au paiement comptant à l'acte qui est pour lui l'un des derniers signes du caractère libéral de sa profession.

- L'*Assurance maladie* (Sécurité sociale) est aujourd'hui surtout mobilisée par tout ce qui lui permettra de mieux connaître la nature des dépenses de santé ; elle est également favorable à toute innovation lui permettant de simplifier la gestion des feuilles de soin et d'en diminuer le coût. Par ailleurs, l'amélioration du service rendu aux assurés est un axe prioritaire mais la « dispense d'avance de frais » est encore souvent considérée comme inflationniste, à défaut de mesures de régulation appropriées.

4

- Les *banques* ont longtemps porté plus d'intérêt à la conquête de la clientèle des professions de santé, considérée comme une cible commerciale intéressante, qu'aux paiements réalisés chez ces derniers. Elles s'intéressent toutefois de plus en plus aux masses monétaires en jeu qui leur échappent pour une très grande part en cas de tiers payant ; les paiements comptants par carte bancaire sont rentables (commissions), contrairement aux chèques, dont le traitement reste coûteux.

Un certain nombre d'évolutions, dont certaines sont déjà perceptibles, vont prochainement modifier le contexte des paiements dans le domaine de la santé.

ÉVOLUTIONS PRÉVISIBLES

Europe et évolution des tarifications bancaires

L'homogénéisation des règles bancaires européennes et tout ce qu'elle entraîne (euro, vraisemblable tarification des chèques à venir, développement des services « en ligne » offerts par les banques, développement du commerce électronique et banalisation du paiement électronique) pourrait influencer sur les modes de paiement actuels, évoqués ci-dessus.

La mise en place d'une tarification sur les chèques en particulier, telle qu'elle est pratiquée dans les pays européens autres que la France, pourrait inciter les consommateurs à délaisser ce moyen de paiement au profit de la carte bancaire ; les professionnels du secteur santé seraient

alors presque obligés de proposer ce service à leurs patients.

Médecin référent

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins indiquait que des expérimentations seraient menées dans les 5 ans afin de promouvoir de nouvelles formes d'organisation des soins. Les filières de soins articulant les interventions auprès d'un patient à partir d'un médecin généraliste chargé du suivi médical et de l'accès dudit patient au système de soins, étaient (entre autres) expressément visées par ce texte.

La convention médicale signée en décembre dernier par le syndicat des généralistes MG-France a entériné cette volonté, en posant les bases de véritables filières. Ces dernières seront organisées autour d'un « médecin référent » auquel le patient s'engagera à recourir afin de bénéficier en particulier du tiers payant, ainsi que de la dispense d'avance de frais chez les spécialistes qui auront choisi d'être les correspondants des médecins référents.

Une telle évolution ne peut que favoriser le développement du tiers payant qui, nous l'avons vu, intéresse les patients.

D'autres formes voisines de réseaux de soins vont voir progressivement le jour à l'instigation des régimes complémentaires d'assurance-maladie ; beaucoup d'entre eux prévoient la mise en place de systèmes de tiers payant qui présentent de nombreux enjeux pour les assureurs santé⁴.

5

SESAM VITALE

Le projet SESAM (Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie) a pour objet la télétransmission des feuilles de soins électroniques. L'enjeu est la disparition des flux de feuilles de soins papier pour disposer d'informations fiables nécessaires à la connaissance et donc à la maîtrise des dépenses de santé ainsi que l'automatisation du travail des Caisses de Sécurité sociale.

Chaque assuré social va, cette année, être doté d'une carte électronique, la carte « Vitale », qu'il pourra présenter aux professionnels du secteur santé informatisés pour pouvoir obtenir le remboursement de ses frais de santé sans avoir à envoyer de feuille de soin à l'assurance-maladie.

Chaque professionnel du secteur santé devra (ce sera progressivement une obligation s'il veut être conventionné) télé-transmettre à la caisse de Sécurité sociale de cet assuré la feuille de soins électronique correspondant à l'acte pratiqué (ou au médicament délivré) au moyen d'un logiciel agréé utilisant le lecteur de cartes Sesam Vitale. Il disposera d'une Carte de Professionnel de Santé (carte CPS) destinée à garantir la sécurité et la confidentialité des échanges.

La carte Vitale n'est pas une carte de paiement et les relations financières entre les professionnels de santé et les patients doivent rester inchangées. Cependant le système Sesam Vitale ne manquera pas d'avoir des conséquences sur le système de paiement. Le tiers payant, par exemple, trouvera naturellement sa place dans le système Sesam associant cartes et échanges de données informatisées.

Par ailleurs, en août 1997, un accord a été conclu entre le GIE Sesam Vitale et le GIE Cartes bancaires pour ouvrir une réflexion sur l'opportunité de déployer, dans le cadre de Sesam Vitale, un équipement permettant le paiement par carte bancaire.

La technologie du système permet également d'envisager des solutions de commerce électronique via le Réseau Santé Social, réseau de transport de l'information entre les différents acteurs du secteur sanitaire et social, devant permettre, dans un premier temps, l'acheminement des feuilles de soins électroniques.

*LES OPPORTUNITÉS POUR LE MONDE BANCAIRE :
PROFITER DE L'INFORMATISATION DES PROFESSIONNELS
DU SECTEUR SANTÉ*

6

Les banques n'ont pas intérêt à ce que le tiers payant se développe comme cela semble se dessiner, au risque de voir s'évaporer les commissions liées aux importants flux générés par les paiements comptants chez les professionnels du secteur santé. Pour contrer ce mouvement, tout en répondant aux attentes des patients et des professionnels, de nouveaux services monétiques doivent être proposés au secteur santé.

Le développement des paiements par cartes bancaires dans le domaine de la santé doit ainsi devenir un objectif pour les réseaux bancaires ; il s'agit en effet d'anticiper la désaffection du chèque et de capter des flux de paiement rentables.

Les banques ont intérêt à anticiper les évolutions en cours en développant des outils de paiements adaptés aux spécificités des professions du secteur santé et tenant en particulier compte :

- de leur situation particulière en matière d'impayé,
- du fait qu'ils ne se considèrent pas comme des commerçants et sont mal préparés à supporter seuls les frais de la transaction par carte bancaire,
- de l'intérêt des patients pour un système de différé de paiement pour lequel ils sont souvent prêts à payer des commissions significatives⁵,
- de la possibilité de faire gagner du temps au professionnel du secteur santé en exercice libéral, en leur évitant de réaliser eux-mêmes des opérations administratives qui ne présentent pas d'intérêt pour eux, d'autant plus qu'ils disposent de peu de temps libre.

Dans le cadre du déploiement de Sesam Vitale, un grand nombre de

professionnels du secteur santé va être dans l'obligation de s'équiper d'un système informatique ou de le rénover (voir l'ordonnance du 24 avril 1996 précitée). On peut en profiter pour proposer, conjointement à des solutions de financement adaptées, des services bancaires adaptés aux professions médicales.

Certains établissements bancaires s'y sont déjà employés ; c'est le cas, par exemple, de la BNP qui a initié une campagne d'équipement informatique et monétique de ses clients professionnels de santé : avec son produit « Mediforce », elle offre, outre une aide à la décision concernant l'outil informatique, un service de banque à distance fonctionnant par ordinateur, et une possibilité de paiement par carte bancaire. Le Crédit Agricole a également développé une offre spécifique.

L'informatisation des professions médicales et paramédicales offre ainsi aux banques une intéressante opportunité pour favoriser la mise en place de nouveaux services, tout en assurant leur bonne intégration dans le poste de travail avec une ergonomie bien adaptée à l'exercice de leur profession.

Certains banquiers estiment que 30 à 40 % des paiements générés par la filière de la médecine de ville pourraient être captés par les cartes bancaires astérisques.

Pour ce faire, les banques doivent mieux cerner les besoins des professionnels du secteur santé et leur proposer une offre monétique sur mesure. L'adhésion au système cartes bancaires est avant tout conditionnée par les taux de commission qui seront proposés aux professionnels, sachant que le montant moyen d'une transaction est variable d'un professionnel à l'autre⁶ et que le taux pratiqué n'a ainsi pas la même répercussion. Parallèlement les patients, sinon leurs assureurs complémentaires santé, seraient en majorité prêts à participer au financement d'une partie de la transaction pour autant qu'elle supprime l'avance des frais.

Le souci de liberté des professionnels du secteur santé est important et ils supportent par ailleurs de moins en moins bien les restrictions qui leur sont déjà imposées par l'assurance-maladie ; les banques peuvent faire preuve de créativité pour répondre à leurs attentes.

Enfin, l'information et le conseil sont primordiaux car les professionnels du secteur santé sont peu familiarisés avec l'informatique et la monétique. Une politique de communication efficace, à l'occasion d'événements interprofessionnels, par exemple, n'est pas à négliger. De même l'information des consommateurs leur indiquant qu'un paiement

par carte bancaire est possible aussi bien chez le médecin qu'à la pharmacie, est essentielle car ce mode de règlement n'est pas entré dans les mœurs.

NOTES

1. Chaque année, les établissements de santé publics (ou privés participant au service public), se voient octroyer un budget - le « Budget global » ou la « Dotation globale » - dont le montant est calculé en appliquant au budget de l'année précédente un taux appelé taux directeur (depuis peu les Agences régionales de l'hospitalisation créées par le Plan Juppé tiennent compte de l'activité des établissements pour le calcul des budgets) ; le budget doit couvrir l'ensemble des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie. L'hôpital dispose en outre à titre de recettes supplémentaires de diverses recettes subsidiaires (revenus immobiliers ou autres).
2. Faisant l'objet d'un paiement direct entre la sécurité Sociale et/ou les « mutuelles » d'une part, et les professionnels de santé d'autre part.
3. Les professionnels libéraux du secteur santé ne sont pas salariés ; ils sont rémunérés par honoraires pour les médecins (généralistes ou spécialistes), les sage-femmes ou les auxiliaires médicaux (infirmières ou infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.), et en fonction de la valeur des bien médicaux achetés chez les pharmaciens, opticiens etc.
4. Que l'on ne détaillera pas dans le cadre du présent article.
5. Voir à ce sujet le prix des options proposés par certaines assurances complémentaires santé (Santé Pharma par exemple) à leurs assurés pour ce type de service.
6. Le montant moyen payé est de plus de 200 francs chez un médecin spécialiste ; il est de 130 francs chez un généraliste, chez un pharmacien de 200 à 300 francs et de 100 francs environ pour les auxiliaires médicaux.