

Etape 6: Préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins

Cette étape consiste notamment à préparer les négociations avec les prestataires de soins présélectionnés à l'étape 3. Il s'agit de parvenir à un accord sur la qualité des soins, leurs prix, sur les modalités d'accueil des assurés, sur les protocoles thérapeutiques, sur le mode de paiement des services de santé (à l'acte ou forfaitaire) et/ou d'un accord de tiers payant. Dans ce cas, il s'agit également pour le comité de parvenir à un accord sur les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au remboursement.

Cette étape consiste, le cas échéant, à préparer les accords de partenariat avec d'autres organisations identifiées au cours de la phase de collecte des données:

- les autorités sanitaires locales, afin qu'elles s'engagent à améliorer l'offre de soins par l'affectation de personnel ou la fourniture d'équipements supplémentaires au niveau du district ou de la région;
- un syndicat ou une coopérative susceptibles d'effectuer la promotion du système auprès de leurs membres et de se charger des adhésions et du recouvrement de leurs cotisations;
- un programme de prévention/information/éducation santé avec lequel le système pourrait organiser des séances de sensibilisation auprès des adhérents: hygiène, prévention de certaines maladies;
- un établissement financier situé à proximité et où le système de micro-assurance santé pourrait ouvrir un compte;
- une compagnie d'assurance privée ou de réassurance qui pourrait réassurer une partie des risques du système;
- une union technique de systèmes de micro-assurance santé offrant des services d'appui technique ou des services financiers;
- une association ou un syndicat de transporteurs avec lequel le système de micro-assurance santé pourrait passer un accord pour les évacuations sanitaires.

Cette étape consiste aussi à matérialiser un éventuel accord avec l'Etat concernant l'octroi d'une aide financière permettant par exemple de subventionner les cotisations des familles les plus démunies.

Il est souhaitable que le comité de pilotage associe étroitement des représentants des futures organisations partenaires à la préparation des accords les concernant. Il s'agit pour le comité de pilotage de:

1. Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 9: «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques.»
2. Préparer un dossier ou une grille par partenaire comprenant des éléments permettant d'élaborer les accords. Pour un exemple de grille «prestataires de soins» se reporter à:

► **4.6 – Préparation des négociations ou accords avec les différentes organisations partenaires** (prestataires de soins et autres), tome 2, chapitre 4, page 160.

3. Engager les négociations avec les partenaires. Dans le cas d'un prestataire de soins, il s'agit de:
 - Action 1: définir des normes de qualité, des protocoles thérapeutiques (normalisation des services de santé) et se mettre d'accord sur des tarifs (régulation du prix des services).

- Action 2: choisir les modes de paiement des soins aux prestataires, soit à l'acte, par épisode de maladie ou par capitation, et les mécanismes de paiement: services concernés par le tiers payant, procédures à respecter, fréquence des versements.
- 4. Transmettre régulièrement l'avancement des discussions à la population par le biais des séances d'animation.
- 5. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir des normes de qualité, des protocoles thérapeutiques et se mettre d'accord sur des tarifs

Il s'agit de «normaliser» les services de santé dispensés par le prestataire de soins aux assurés, dans le but de garantir une certaine qualité de services, de «réguler» le prix de ces services et d'éviter un dérapage des dépenses du système de micro-assurance santé.

Pour normaliser les services on peut fixer des normes et objectifs de qualité à atteindre à une échéance fixée à l'avance.

Exemple: Le taux de disponibilité en médicaments essentiels doit passer de 50% à 80% avant le 1^{er} janvier 2006.

On peut aussi définir des protocoles thérapeutiques. Il s'agit de procédures standardisées de traitement qui définissent, par type de pathologie, les actes de diagnostic (laboratoire, radiologie ou autres), les soins médicaux et les médicaments à prescrire. S'ils sont suivis, ils permettent de soigner le malade au meilleur coût et avec un niveau de qualité garanti.

Pour réguler le prix des services on peut définir des tarifs par acte ou regroupement d'actes sur la base desquels le prestataire de soins devra facturer les services fournis aux bénéficiaires du système.

La rationalisation des prestations (normaliser les services de santé et réguler les tarifs pratiqués) présente des avantages et des inconvénients. Elle limite les coûts pour le système et permet de garantir la qualité des soins. En revanche, elle suppose de passer un accord avec les prestataires de soins (accord global ou au cas par cas) et demande pour le contrôle des accords les compétences d'un médecin-conseil*.

Action 2: Choisir les modes de paiement des soins aux prestataires et les mécanismes de remboursement

Les modes de paiement sont les différentes modalités utilisées par le système de micro-assurance santé et/ou les patients adhérents du système pour «acheter» les services médicaux des prestataires. On dénombre quatre modes de paiement.

Le paiement à l'acte consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par le système de micro-assurance santé.

Exemple: Si un patient couvert par le système consomme une consultation, le coût de la consultation est payé au prestataire soit directement par le patient qui se fait ensuite rembourser, soit, dans le cas du tiers payant, par le système de micro-assurance santé. De même, si un patient couvert consomme plusieurs actes, le coût de chaque acte est payé au prestataire.

Le paiement par regroupement d'actes consiste à payer au prestataire de soins un forfait pour un ensemble de services de santé complémentaires.

Exemple: Le forfait «consultation et soins» comprend la consultation au centre de santé, et selon les besoins du patient, les frais de médicaments, les frais d'examen, etc. Autre exemple, le forfait journalier en cas d'hospitalisation comporte les frais d'hébergement, la consultation, les examens pratiqués pendant l'hospitalisation, etc.

Le paiement par épisode de maladie consiste à payer au prestataire de soins un forfait pour l'ensemble des services de santé utilisés dans le cadre d'un épisode de maladie ou de la maternité.

Exemple: Le forfait «maternité» comprend tous les services de santé utilisés avant l'accouchement, ainsi que l'accouchement, que celui-ci soit simple ou compliqué, et le suivi après l'accouchement.

La capitation consiste à payer au prestataire de soins un forfait par personne couverte – par «tête» – et pour une période donnée, le plus souvent l'année.

Chaque mode de paiement comporte son lot d'avantages et d'inconvénients dans la lutte contre le risque moral et le risque de surprescriptions d'une part et en termes de qualité des services de santé d'autre part.

Les mécanismes de paiement forfaitaire – par regroupement d'actes, épisode de maladie ou capitation – sont des techniques qui permettent de faire supporter aux prestataires une partie des risques financiers liés à la maladie: lorsque le patient consomme peu, le prestataire est «gagnant», lorsque le patient consomme plus que la moyenne le prestataire est «perdant». On parle de transfert de risque du système de micro-assurance santé vers le prestataire de soins.

Ces mécanismes limitent la surprescription dans la mesure où toute augmentation des prescriptions (médicaments, actes diagnostics ou autres) est supportée par les prestataires lorsque ces services sont inclus dans le forfait. A l'inverse, dans le cas d'un paiement à l'acte, le prestataire de soins peut avoir tendance à prescrire plus de médicaments que nécessaire, à faire revenir le patient plusieurs fois, à effectuer des analyses de diagnostic en plus grand nombre que nécessaire pour amortir ses équipements médicaux, etc.

En outre, la gestion des prestations et des remboursements, l'analyse des factures, le paiement des prestataires sont relativement simples dans le cas de paiements forfaitaires. A l'inverse, dans le cas d'une tarification à l'acte, ils peuvent nécessiter les compétences de spécialistes.

Mode de paiement	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Paiement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> ● Contribue à des soins de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Induit un risque de surconsommation et de surprescription ● Rend la gestion lourde ● Fait supporter au système de micro-assurance la totalité des risques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôles des factures ● Entente préalable ● Copaiements
Paiement forfaitaire (regroupement d'actes, épisode de maladie, capitation)	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit le risque de surconsommation et de surprescription ● Simplifie la gestion ● Permet un transfert de risques vers le prestataire de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peut conduire à une réduction de la qualité des soins ● Peut favoriser une sélection des risques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôles de la qualité des soins par des audits réguliers ● Vigilance à l'égard de l'attitude du personnel de santé (sélection des risques)

Cependant, le paiement forfaitaire peut se traduire par une baisse de la qualité des soins, les prestataires pouvant réduire les soins fournis par souci d'économie. Le système de micro-assurance santé devra mettre en place des contrôles de la qualité des soins par l'intermédiaire de médecins-conseils, ce qui entraîne des coûts supplémentaires.

Enfin le mode de paiement par capitation peut susciter chez les prestataires une forme de sélection des risques*. Les prestataires pourraient avoir tendance à suivre en priorité des patients présentant un risque faible de maladie, dont ils savent qu'ils ne vont pas consommer trop de soins de santé, et décourager ceux présentant un risque élevé. Le système de micro-assurance santé devra veiller à ce que de telles pratiques ne voient pas le jour.

Lorsque les soins sont facturés à l'acte, par regroupement d'actes ou par épisode de maladie, le système de micro-assurance santé peut recourir à deux mécanismes de prise en charge:

- le paiement direct des soins par le patient appelé tiers garant: les patients adhérents font l'avance des dépenses de santé et se font ensuite rembourser par le système de micro-assurance santé;
- le tiers payant: les patients ne paient que les copaiements aux prestataires lors de la délivrance des soins. Le prestataire de soins se fait payer le complément par le système de micro-assurance santé.

En revanche, pour le mode de paiement par capitation, le mécanisme retenu est généralement le tiers payant: le système de micro-assurance paie directement au prestataire de soins les forfaits annuels des individus couverts, ce qui permet à ces derniers d'accéder librement à la structure de santé partenaire.