

LE MÉCANISME DE TIERS-PAYANT EN MICRO-ASSURANCE SANTÉ : CONSEILS PRATIQUES ET SOLUTIONS

Pascale Le Roy et Jeanna Holtz
Octobre 2011

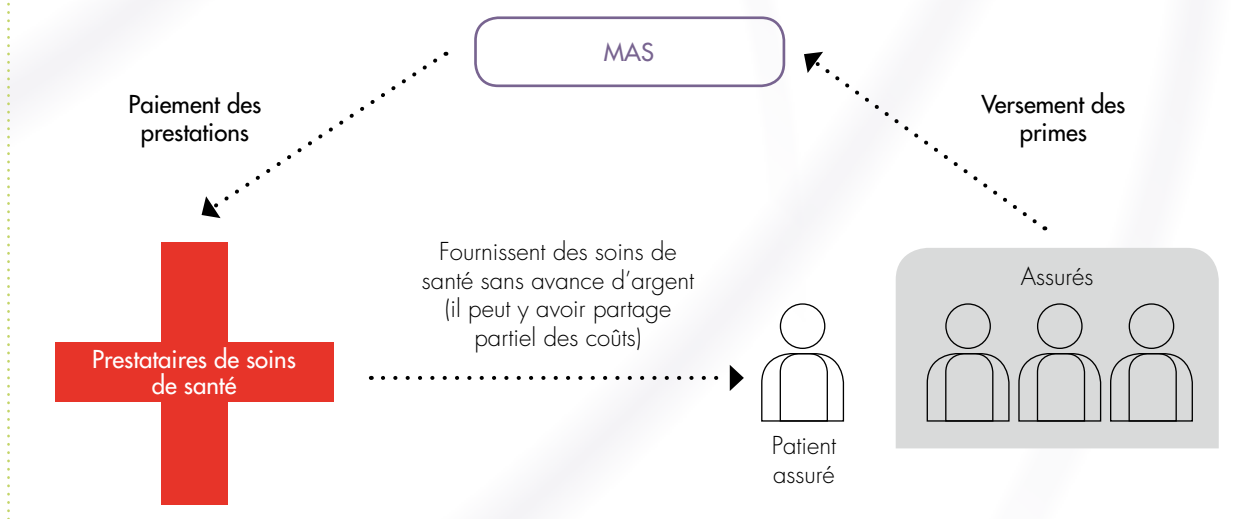
Certains systèmes de micro-assurance santé (MAS) prévoient que le patient paie au moment où il reçoit des soins de santé et demande par la suite à se faire rembourser à son assureur. Ceci peut représenter un obstacle financier important pour les ménages à faibles revenus. L'un des moyens de supprimer cet obstacle consiste à mettre en place un mécanisme de tiers-payant avec certains prestataires de soins de santé.

Un mécanisme de tiers-payant est un modèle de paiement des prestations dans lequel le patient ne paye pas la totalité du coût du service de santé couvert par le système de MAS au moment où il reçoit les soins (voir Figure 1). Mis à part en cas de partage des coûts (co-paiement, franchise, par exemple), un patient assuré n'a donc rien à payer au moment où il est soigné ; c'est un tiers-payant (le dispositif de MAS ou une autre entité au nom de ce dispositif) qui verse de l'argent au prestataire de soins de santé pour le service fourni au patient.

Cette note¹ s'inspire de l'expérience d'opérateurs de systèmes de MAS dans les pays en développement et s'appuie sur l'examen détaillé de 7 systèmes, l'interview de 19 experts et une enquête internet auprès des opérateurs de MAS dans 21 pays. Elle souligne les enseignements relatifs à la mise en place et à la gestion de mécanismes de tiers-payant, dont le but est de fournir un accès « sans avance d'argent »² aux personnes assurées.

Les systèmes de MAS avec mécanisme de tiers-payant doivent définir des normes minimales à l'intention de chacun des prestataires impliqués et de l'ensemble du réseau de prestataires, et garantir leur application. Ces normes doivent encadrer trois dimensions clés : l'accès aux soins, le coût et la qualité des soins. On trouvera ci-dessous des conseils et des solutions relatifs à ces dimensions.

Figure 1 mécanisme de tiers-payant



¹ Cette note est extraite du Microinsurance Paper n°13 dans lequel figurent les citations et détails pertinents sur la méthodologie et les cas étudiés. Il est disponible sur www.ilo.org/microinsurance. Pascale Le Roy fait partie du Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques (GRET) et Jeanna Holtz travaille au Fonds pour l'innovation en micro-assurance du BIT.

² On utilise l'expression « sans avance d'argent » que l'accès de l'assuré aux soins soit véritablement sans frais ou qu'un co-paiement ait été mis en place.

ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

La première dimension a trait à l'accès aux services via les prestataires de soins de santé sélectionnés. Tout comme pour les systèmes d'assurance santé classiques, l'environnement réglementaire, l'emplacement géographique et les offres de service des prestataires de soins doivent être examinés pour identifier ceux qui pourraient constituer des partenaires pertinents du dispositif de MAS. Les prestataires recherchés doivent accepter de :

- remplir des critères minimum en matière de qualité des soins avec, dans l'idéal, la supervision d'un conseiller médical du dispositif de MAS ;
- procéder à un suivi régulier de la qualité des soins, à la fois sur le plan interne et/ou en faisant appel à des professionnels externes des soins de santé ;
- recevoir les versements pour les services fournis selon les conditions qui ont fait l'objet d'un accord et se référer à des grilles tarifaires transparentes ;
- utiliser un système de facturation et un système comptable transparents ;
- suivre une procédure acceptable pour vérifier l'éligibilité des patients assurés ;
- communiquer au dispositif de MAS les informations relatives à l'utilisation des services de soins de santé par les patients assurés ;
- soutenir, le cas échéant, la présence sur site de personnel du système de MAS (un agent de liaison, par exemple) pour orienter les assurés.

GÉRER LES COÛTS

Une fois que des fournisseurs de soins de santé potentiels ont été sélectionnés, la réussite d'un mécanisme de tiers-payant dépend de la mise en place d'une méthode de paiement appropriée et d'incitations financières destinées

à favoriser des soins de bonne qualité. Afin de gérer les coûts, le dispositif de MAS doit également gérer le risque moral et la fraude tant auprès des fournisseurs de soins de santé que des clients.

Négocier la méthode de paiement

Quand un mécanisme de tiers-payant est en place, les dispositifs de MAS paient les prestataires de soins avec qui ils ont signé un contrat selon une méthode prédéterminée. Quatre méthodes couramment utilisées sont décrites ci-dessous. Chacune d'elles incite plus ou moins les prestataires à contrôler le coût et la qualité des services.

Le paiement rétrospectif à l'acte : les prestataires de soins sont payés (à la carte) pour chaque service fourni couvert par le système de MAS. Ces paiements peuvent s'effectuer selon une grille tarifaire fixe par service, ou par catégorie de services (exemple : une somme X est versée pour l'opération d'une hernie). Le paiement à l'acte se calcule plus généralement d'après un pourcentage des frais engagés par le prestataire. Dans ce cas, les paiements ne sont pas fixes, mais dépendent des frais annoncés. Ce système se prête donc assez aisément à la fraude (simplement, par exemple, en gonflant les frais facturés). L'une des méthodes pour remédier à ce problème est d'établir un tarif fixe correspondant (au moins pour les services fournis en grand nombre) ; on peut également analyser les frais du prestataire de soins pour identifier les tendances ou valeurs suspectes justifiant un contrôle.

Le paiement rétrospectif forfaitaire : les prestataires de soins reçoivent une somme forfaitaire (ou « globale ») qui couvre tous les services en lien avec une hospitalisation ou avec un traitement qui peut inclure des soins pré et post-hospitalisation. Le paiement forfaitaire peut être constant ou dépendre de variables pouvant grandement influencer sur le coût du traitement, comme le diagnostic ou l'âge du patient.

Le paiement rétrospectif par jour : les prestataires de soins reçoivent une somme forfaitaire par jour d'hospitalisation. Le prix de la journée varie en fonction du type de service ou de lit, selon qu'il s'agit par exemple de soins intensifs ou de chirurgie.

Le paiement prospectif par capitation : les prestataires de soins reçoivent un versement fixe par assuré – par « tête » – pour une période définie qui est généralement d'un an. Les paiements par capitation sont indépendants de l'utilisation des services (volume ou type) par l'assuré ; ils sont fixés de façon prospective (à l'avance) pour le prestataire de soins choisi par l'assuré. Ce type de paiement peut s'appliquer à un service ou à un ensemble de services bien particulier comme les soins primaires (ambulatoires), mais il peut aussi s'appliquer à un niveau





« global », c'est-à-dire pour tous types de soins, qu'ils soient primaires, secondaires ou tertiaires. Le paiement par capitation peut être un moyen efficace de compenser les prestataires pour les problèmes de santé fréquents mais à bas coût (c'est-à-dire davantage prévisibles), notamment les soins primaires (ambulatoires). Il est en effet plus facile d'évaluer à l'avance la fréquence à laquelle les individus vont avoir besoin de soins primaires sur une période donnée et le coût approximatif de ces derniers. La capitation est particulièrement adaptée

lorsqu'une masse critique d'assurés peut être atteinte pour un prestataire donné et lorsque le prestataire peut fournir toute la gamme des soins. Elle peut réduire les coûts administratifs, car il n'y a pas d'indemnités à verser à chaque visite (voir Encadré 1).

Les méthodes de paiement qui transfèrent une partie du risque financier aux prestataires de soins (forfaitaire, par jour et par capitation) sont davantage susceptibles de contenir les coûts que le paiement à l'acte, mais nécessitent de prendre des mesures annexes pour contrôler la qualité des soins. Il est généralement plus difficile de faire accepter ces méthodes auprès des prestataires. Les méthodes de paiement mixtes (c'est-à-dire par capitation pour les soins primaires et forfaitaires pour les hospitalisations) sont souhaitables à bien des égards, mais compliquent le côté administratif et augmentent les coûts de gestion.

limiter le risque moral et la fraude

Le risque moral et la fraude sont des problèmes classiques en assurance santé. Étant donné que les patients assurés auprès de dispositifs de MAS avec mécanisme de tiers-payant n'ont pas à supporter le coût des soins de santé au moment où ils les reçoivent, l'incidence du risque moral peut augmenter, car les clients considèrent les soins comme gratuits ce qui peut les inciter à utiliser des services supplémentaires qui peuvent ne pas être nécessaires d'un point de vue médical. De même, les prestataires de soins estiment parfois que les assureurs ont une grande capacité financière et voient donc un intérêt à fournir des services qui sont couverts, mais qui ne s'imposent peut-être pas sur le plan médical.

Encadré 1 l'expérience de GRET-SKY en matière de capitation

GRET-SKY (Cambodge) souhaitait fournir un accès sans avance de frais aux soins de santé primaires et estimait que la capitation représentait la meilleure méthode, car elle permettait de limiter les coûts administratifs et le risque financier pour le dispositif de MAS. L'établissement d'un système de paiement par capitation a nécessité de longues négociations pour rassurer les prestataires de santé publics quant au montant de leurs revenus. Plusieurs facteurs ont permis à ces négociations d'aboutir :

- le dispositif avait le soutien du ministère de la Santé et des autorités sanitaires locales ;
- les premiers établissements de santé publique à avoir signé le contrat étaient soutenus par une ONG internationale favorable aux méthodes de paiement alternatives ;
- les établissements de santé publique partenaires étaient sous-utilisés et recherchaient des patients ;
- l'ensemble des calculs permettant de déterminer le montant du paiement par capitation ont été transparents pour toutes les parties ;
- GRET-SKY compensait toute perte financière subie par le prestataire durant la première année si les frais engagés pour les services rendus dépassaient le montant de la capitation ;
- lorsque le nombre de clients assurés était faible et que les prestataires étaient réticents à participer, le niveau de capitation par client a été volontairement surévalué pour garantir un montant minimum de revenus aux prestataires. Cette sécurité a progressivement diminué à mesure que le nombre de clients a augmenté, puis le montant de capitation a été stabilisé.

GRET-SKY évalue chaque année la pertinence du montant de la capitation afin que les 2 parties atteignent la viabilité financière. Ce montant a petit à petit baissé pour un grand nombre de prestataires de soins, les taux ayant été « gonflés » au départ pour stimuler la participation. L'expérience de GRET-SKY montre qu'il aura fallu environ 2 ans pour supprimer cette subvention des niveaux de capitation.

Voici quelques exemples de la façon dont les dispositifs **gèrent le risque moral** :

Au niveau de la conception du produit : plafonner le montant total des prestations par personne en cas d'hospitalisation.

Ce moyen peut être efficace pour limiter l'exposition au risque, mais restreint l'effet protecteur de l'assurance pour ceux qui sont exposés à des problèmes de santé graves et ont réellement besoin de soins. Cela peut alors réduire la valeur réelle et perçue du système de MAS du point de vue du client, rendant le « bon équilibre » difficile à trouver.

Au cours de l'administration des demandes de remboursement : analyser les données d'utilisation des soins par les assurés.

Un certain nombre d'indicateurs de coût et d'utilisation permettent d'identifier des situations de risque moral : nombre et coût des demandes de remboursement, fréquence et coût par unité, durée moyenne des hospitalisations, ratio de sinistres encourus, frais facturés en pourcentage de la capitation totale (pour les dispositifs avec capitation). Le suivi régulier (mensuel) des indicateurs de performance clés, et l'analyse des écarts sont indispensables pour suivre les performances d'un système de MAS et identifier les secteurs à risque moral et fraude potentiels. L'interprétation de ces indicateurs implique l'accès à un système d'information avancé et des compétences adaptées pour analyser les données.

Au niveau de l'accès aux soins : mettre en œuvre des contrôles pour rationaliser les consommations médicales.

Des mesures telles que la pré-autorisation ou l'autorisation au moment des soins peuvent permettre de gérer dans le même temps les coûts et la qualité de façon prospective ou simultanée et de réduire le risque moral. De telles activités (comme la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques de référence) peuvent cependant être complexes et coûteuses à administrer et sont souvent perçues comme un pensum par les prestataires comme par les clients. Ainsi, First Microinsurance Agency (FMiA), au Pakistan, procédait à un double examen des demandes de remboursement avant qu'elles ne soient envoyées à l'assureur pour le paiement : un premier examen de la demande de remboursement était fait à l'hôpital lors de la sortie du patient par un responsable des ventes et celui-ci avait la possibilité de soumettre les demandes contestables à un conseiller médical de FMiA pour un second examen.

Les enseignements tirés de ces études de cas montrent qu'un objectif zéro fraude n'est pas réaliste de la part des opérateurs de MAS mais qu'il est cependant vital de pouvoir maîtriser le risque de fraude. Dans les systèmes de micro-assurance étudiés, les stratégies permettant de contrôler les fraudes comprennent entre autres de :

➤ **délivrer une carte d'assurance familiale ou individuelle**, sur laquelle figure généralement une photo. Certains des dispositifs de MAS passés en revue utilisent des cartes à puce pour vérifier l'éligibilité ;

© OIT Lord R.



➤ **vérifier l'identification grâce à un agent de liaison :**

un agent de liaison peut encourager une « culture de service » du client en aidant ce dernier à mieux comprendre les prestations offertes par son dispositif de MAS et alléger le poids qui pèse sur les épaules des prestataires de soins en matière de vérification de l'éligibilité. Le fait de placer un agent de liaison au sein des établissements de santé partenaires inclut néanmoins le risque de fraude interne. Microcare, en Ouganda, a ainsi pris l'habitude d'établir un roulement entre les infirmières qui assuraient la liaison avec le prestataire de soins pour limiter les possibilités de fraude ;

➤ **exiger une pré-autorisation pour les services à coût élevé et les hospitalisations.**

Un système de pré-autorisation permettant de limiter le recours superflu à des soins de santé est particulièrement important lorsque les prestataires sont payés à l'acte. Pour les soins hospitaliers, l'assuré doit ainsi généralement demander une autorisation à son système de MAS pour pouvoir être certain de bénéficier du remboursement des soins de santé. Dans le cadre d'une pré-autorisation, il est important qu'elle soit délivrée en temps et en heure pour que les clients soient satisfaits car rapidement informés de la prise en charge ou non de leurs dépenses de santé. La pré-autorisation est cependant peu adaptée pour les soins primaires étant donné leur fréquence plus élevée et la difficulté d'établir des critères clairs justifiant leur utilisation ;

➤ **fournir les listes précises et mises à jour des clients éligibles**

aux prestataires de soins de santé. Une mesure indispensable pour les systèmes utilisant le paiement par capitation. Elle est plus simple à mettre en place pour les systèmes de MAS qui limitent les périodes de souscription (système avec adhésion annuelle), mais plus compliquée pour ceux qui acceptent les souscriptions en continu, comme GRET-SKY qui a instauré des procédures claires et des dates butoirs pour s'assurer que les données d'éligibilité soient fournies aux établissements de santé au début de chaque mois.



© OIT Crozet M.

GÉRER LA QUALITÉ DANS LE CADRE D'UN MÉCANISME DE TIERS-PAYANT

La qualité des soins peut être définie selon des critères objectifs et non objectifs et mesurée à l'aide d'indicateurs cliniques, non cliniques ou relatifs aux services. Les résultats cliniques, comme les taux d'infection nosocomiale, sont des exemples d'indicateurs objectifs. Mais comme les données sur les résultats cliniques et les valeurs de référence sont souvent indisponibles, on peut en second choix avoir recours à d'autres critères. Ainsi, les références des prestataires de soins (leur réputation) sont souvent considérées comme un signe de qualité clinique. Les données concernant les demandes d'indemnisation (ou suivi des consommations médicales des assurés) peuvent aussi être exploitées pour procéder à une évaluation rétrospective de la qualité, avec l'aide de professionnels de santé (un médecin conseil, par exemple) qui analysent les traitements dispensés. Il est également possible de mesurer la qualité des services définie par des indicateurs tels que les horaires d'ouverture ou l'étendue des services proposés.

La qualité subjective des soins, ou « expérience du patient », reflète la façon dont ce dernier perçoit la valeur des soins de santé qu'il a reçus. Cette qualité subjective peut se mesurer au moyen d'enquêtes ou de groupes de discussion portant sur une série de sujets comme le confort de la structure d'accueil, l'attitude perçue des prestataires de soins, le rapport qualité-prix, etc.

Améliorer la qualité clinique grâce aux conseillers médicaux

Les études de cas montrent que les conseillers médicaux (ou médecins conseil) employés par les systèmes de MAS peuvent jouer un rôle décisif en mesurant la qualité des soins par rapport à des normes définies. Dans les systèmes

de MAS étudiés, le conseiller médical assure généralement le suivi de la qualité des soins avec le prestataire à travers les trois fonctions suivantes :

- évaluer dans quelle mesure les patients assurés reçoivent des soins appropriés en fonction du diagnostic et de leur état de santé ;
- examiner et auditer régulièrement la qualité générale des soins prodigués dans les établissements partenaires ;
- imposer et surveiller la conformité avec les protocoles thérapeutiques standardisés.

Améliorer la qualité des services grâce aux agents de liaison

Toutes les études de cas montrent que les clients ont le sentiment d'une plus grande qualité lorsqu'au sein d'un système de MAS, un agent de liaison les aide à avoir accès aux soins et à soumettre leurs demandes de remboursement. Les services de liaison peuvent accroître la perception de la valeur et de la qualité ainsi que la confiance que suscite le dispositif et stimuler les renouvellements, ce qui contribue à la pérennité du système. Ils ont néanmoins un coût, si bien que les systèmes de MAS doivent estimer quand et comment fournir de tels services avec efficacité. La configuration optimale consiste à établir une liaison dans les établissements enregistrant un nombre minimum de clients ou de demandes de remboursement. Autre stratégie rentable : faire en sorte qu'un agent de liaison couvre plusieurs établissements à tour de rôle ou seulement durant les heures d'affluence. Sur le plan technologique, la généralisation de la téléphonie mobile a stimulé la mise en place de centres d'appel qui peuvent, à distance et pour un coût considérablement moindre, fournir une grande partie des services de liaison demandés.

Garantir le paiement en temps et en heure des prestataires de soins

Dans un contexte où les prestataires de soins ont souvent des difficultés à maintenir un flux de trésorerie suffisant pour financer leurs opérations, de nombreux experts ont souligné l'importance pour les dispositifs de MAS avec mécanisme de tiers-payant de payer les prestataires en temps et en heure. Les contrats signés avec ces derniers stipulent les conditions de paiement, y compris le délai maximum autorisé pour le paiement par capitation ou le versement des indemnités. L'échec d'un MAS avec un mécanisme de tiers-payant à honorer les termes d'un contrat peut entraîner le refus par les structures de santé de soigner les patients ou les pousser à exiger un paiement de la part de l'assuré, ce qui peut nuire à la réputation du dispositif de MAS auprès des clients comme des prestataires de soins, et peut même aboutir à des résiliations de contrats. Gérer la qualité dans le cadre d'un mécanisme de tiers-payant implique donc de garantir un paiement des prestataires dans les délais prévus.



CONCLUSION

Chaque méthode de paiement présente des avantages et des inconvénients dans un mécanisme de tiers-payant. Celles qui transfèrent une partie du risque financier aux prestataires de soins, comme le paiement forfaitaire, par jour ou par capitation, sont davantage susceptibles de pouvoir contenir les coûts que le paiement à l'acte, mais sont plus difficiles à faire accepter aux prestataires de soins. Cependant la réussite d'un mécanisme de tiers-payant ne passe pas uniquement par la méthode de paiement. Selon les opérateurs de MAS, au-delà

de la méthode de paiement, les facteurs décisifs sont : la garantie de l'accès aux soins (distance raisonnable, gamme de soins complète), la gestion de partenariats à long terme avec les prestataires, la limitation du risque moral et de la fraude et la gestion de la qualité des soins. En fin de compte, quand il est mis en place, un mécanisme de tiers-payant se doit de répondre aux intérêts des trois parties, et les assureurs ne doivent pas perdre de vue que leur propre efficacité est aussi importante que le fait que le mécanisme fonctionne auprès des prestataires de soins et fournisse un service de valeur aux clients à faibles revenus.

Sous couvert de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et du Programme Finance et Solidarité, le **Fonds pour l'innovation en micro-assurance** vise à accroître la disponibilité de produits d'assurance de qualité pour les personnes à faibles revenus des pays en développement (PED) afin de les protéger des risques et rompre le cycle de la pauvreté. Le Fonds a été créé en 2008 grâce à une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates. Pour en savoir plus : www.ilo.org/microinsurance



Bureau
international
du Travail



microinsurance@ilo.org
www.ilo.org/microinsurance