



PRINCIPES ET MODALITES DE LA CAPITATION, UN SYSTEME INNOVANT DE CONTRACTUALISATION DES PRESTATAIRES DE SOINS EN MICRO ASSURANCE SANTE

Expérience du Programme GREY-SKY, Cambodge

Marielle Goursat, Août 2009

Introduction

En dépit d'une croissance économique rapide, près de 35% de la population du Cambodge vit encore en deçà du seuil de pauvreté national¹. La situation sanitaire demeure préoccupante : 45% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition² et le taux de mortalité maternelle ajusté reste élevé (590 pour 100 000 naissances vivantes)³.

Le secteur public est sous utilisé. Souffrant de moyens limités, il est fortement concurrencé par un secteur privé dynamique qui entretient la pénurie de personnels de santé qualifiés.

Le Cambodge est l'un des pays au monde où les conditions de santé sont les plus faibles et où les familles investissent le plus dans les soins, souvent avec des conséquences socio économiques dramatiques (surendettement, vente de l'outil productif etc). Selon l'Institut National de Santé Public Cambodgien les familles cambodgiennes consacrent entre 17 et 28 % de leur budget aux dépenses de santé (1998). En 2008, 60% des dépenses de santé étaient assumées directement par les familles, tandis que 21% provenaient des bailleurs de fonds et 20% du gouvernement⁴. Sécuriser l'économie familiale en réduisant l'impact des problèmes de santé est donc un enjeu considérable de développement économique dans ce pays.

Face à ce constat, le GREY a lancé progressivement à partir de 1998 le projet expérimental de micro

assurance-santé SKY⁵. Son objectif est de sécuriser les biens et les revenus des foyers cambodgiens face aux dépenses de santé, tout en améliorant leur accès aux soins. Les principales caractéristiques du modèle sont les suivantes : SKY offre une couverture large à ses assurés - des soins de santé primaire aux soins hospitaliers ; l'adhésion est volontaire et se fait sur une base familiale ; elle est ouverte tout au long de l'année, sans fenêtre d'adhésion particulière ; le paiement de la prime est flexible (mensuel, trimestriel, semestriel).

Avec l'achèvement des phases de définition et de validation technique du modèle en 2008, le projet est depuis entré dans un processus de validation économique, à travers notamment un passage à l'échelle conséquent. SKY couvre en Juillet 2009 près de 42 000 membres répartis dans 7 districts de santé ruraux (90% des membres) et Phnom Penh (10% des membres).

Au sein de cette aire d'activité, SKY travaille en partenariat avec 51 centres de santé publics et 11 hôpitaux de districts, provinciaux et nationaux.

Cœur de la relation avec les prestataires de soins, le système de paiement des soins délivrés aux bénéficiaires a été défini par SKY au moment de la phase pilote.

Après 10 années d'expérience, nous avons souhaité en analyser le fonctionnement actuel, tirer les leçons de notre pratique et tenter de les traduire en recommandations.

C'est ici le système de paiement des soins aux prestataires dans son ensemble qui est analysé, c'est à dire le mode de paiement lui-même (dans le cas présent la capitation) ainsi que les modalités de sa mise en œuvre (négociations, collecte et monitoring des données médicales, processus de paiement etc).

¹ Rapport sur le Développement Humain, PNUD, 2007-2008, p.239

² Ibid. (% d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale pour leur âge) p.239

³ Ibid. p.263

⁴ Annual Health Financing Report, Bureau of Health Economics and Financings, Department of planning and Health information, March 2009

⁵ 'La Santé pour Nos Familles', en khmer.

I. DEFINITION DU SYSTEME DE PAIEMENT SKY

UN MODE DE PAIEMENT PRIVILEGIE : LA CAPITATION

SKY a adopté très rapidement un mécanisme de paiement par capitation avec les centres de santé et les hôpitaux de district.

La capitation peut être définie comme un forfait payé au prestataire de soins par personne assurée dans son aire d'attraction, pour une périodicité donnée. Il est, par définition, stable quel que soit le niveau de consommations à venir des assurés.

La capitation unitaire est calculée sur la base des coûts moyens et des fréquences de recours aux soins observés au cours des mois précédents. Cette base de calcul est ensuite pondérée par les fréquences attendues pour les mois à venir et l'application de chargements de sécurité.

$$\text{Capitation} = (\text{Coût des actes} * \text{Fréquence estimée des actes}) * \text{Nb d'assuré pour la période}$$

Auprès des hôpitaux de 3^{ème} niveau, le paiement à l'acte a été privilégié au détriment de la capitation pour deux raisons majeures. Premièrement, les fréquences de recours sont trop faibles et les coûts par contact trop variables pour définir un montant juste de capitation. Ensuite, du fait d'un décalage important entre le versement mensuel de sommes dérisoires et l'occurrence faible de risques au coût élevé, les formations sanitaires peinent à comprendre le système et à en percevoir l'intérêt financier.

Seul le système de paiement par capitation est ici analysé.

MODALITES DU SYSTEME DE PAIEMENT

Un système « Cash Free »

Les structures de santé sont payées directement par SKY, selon un système de tiers payant effectif sans exception pour l'ensemble des soins couverts.

Le financement des soins de santé consommés par les assurés est entièrement à la charge de SKY : aucun co-paiement n'est exigé du patient.

Monitoring des consommations médicales (collecte, retraitement et analyse)

Le système de paiement par capitation pourrait dispenser – à moyen terme - du suivi détaillé des

consommations médicales des membres. Cependant, il a été choisi de le maintenir :

D'une part afin d'être en mesure de positionner un montant juste de capitation, de le renégocier sur des bases claires et de contrôler étroitement les risques de sur ou de sous consommations.

D'autre part afin de palier les carences en matières comptables des établissements partenaires, incapables de suivre le résultat, positif ou négatif, de la capitation versée. Cette dernière raison constituait un obstacle majeur pour les structures de santé à s'engager dans un tel système.

Afin d'alléger au maximum la charge de travail supplémentaire pour les établissements partenaires, la collecte des données médicales et leur suivi sont entièrement assurés par les services de SKY. Les agents d'assurance et hôtesse postés dans les centres de santé et les hôpitaux recopient manuellement les données sur des formulaires ad hoc. Ceux-ci sont ensuite envoyés au siège à Phnom Penh où les données sont entrées dans le système d'information. Elles font ensuite l'objet d'un retraitement de manière à élaborer les rapports mensuels et alimenter les tableaux de bord.

Les activités de monitoring des paiements se traduisent principalement par le suivi mensuel des taux d'utilisation de la capitation, dont l'analyse est mise en parallèle avec les taux de contacts et la comparaison des coûts moyens entre assurés et non assurés. Les familles suspectées de surconsommations ainsi que les formations sanitaires à risque de sous prescription sont identifiées par le système et font l'objet de contrôles sur le terrain.

Dans ce processus, aucune charge administrative supplémentaire n'incombe aux structures de santé, sinon l'enregistrement du code de l'assuré dans le registre usuel de la formation sanitaire, au moment de l'utilisation du service par les membres SKY. Cette condition de simplicité administrative était aussi déterminante pour convaincre les structures de santé de s'engager sur ces partenariats.

Système de facturation et processus de paiement

En début de mois, le service financier procède aux paiements. La capitation rend le système très simple. Le montant à payer est calculé au siège, à Phnom Penh, en fonction de la capitation unitaire agréée et du nombre de membres enregistrés pour

le mois à venir. Il n'est pas nécessaire de disposer du détail des consommations médicales du mois précédent. Aucune facturation n'est exigée des formations sanitaires. Les modalités de versements sont définies dans le contrat signé avec les prestataires au début du partenariat.

Centres de santé et Hôpitaux sont payés en avance, à chaque début de mois. Les adhésions à SKY sont en effet ouvertes sur une base mensuelle, tout au long de l'année, sans fenêtre d'adhésion particulière. Le nombre de membres varie donc tous les mois, et le paiement de la capitation aux structures de santé partenaires en conséquence.

Engagement contractuel et renégociations

Le montant de la capitation est révisé chaque année. Une revue à 6 mois permet de faire un bilan à mi parcours avec les formations sanitaires et de procéder à d'éventuels ajustements de la capitation en cours d'année en cas de perte trop sévère.

La révision est dérivée des fréquences de consommations médicales passées et des projections faites pour les mois à venir.

Les relations avec les formations sanitaires sont formalisées par voie de contrat. Y sont précisés les engagements du prestataire en termes de service, de qualité et de tarification ainsi que le système de paiement. Le mécanisme de sanction en cas de non respect des critères de qualité fait également l'objet d'un développement particulier.

Les négociations - qu'il s'agisse de la signature d'un premier contrat ou d'une renégociation de capitation - impliquent systématiquement le directeur de l'établissement concerné ainsi que les autorités sanitaires du District et de la Province. Plusieurs sessions sont généralement nécessaires pour parvenir à un agrément sur les prix.

Une clause de remboursement des pertes pendant la première année du contrat au moins permet de sécuriser la formation sanitaire et de stabiliser un « juste » calcul de la capitation. Ce principe de garantie est souvent l'élément clé de la négociation qui permet d'obtenir la signature du partenariat.

II. JUSTIFICATIONS DU CHOIX DU SYSTEME

La définition du système de paiement dans sa globalité a répondu à trois exigences centrales

affectant chacune des parties prenantes: accessibilité pour l'assuré, simplicité et transparence pour le prestataire, maîtrise du risque et sécurisation financière pour l'assureur.

POURQUOI UN SYSTEME 'CASH FREE' ?

La protection maximale de l'assuré et l'attractivité du produit étant placées au cœur des préoccupations dans la définition du système de paiement, le tiers payant et l'absence de co-paiement ont été retenus comme des options incontournables. La barrière financière étant le principal obstacle à l'accès aux soins au Cambodge, ni le pré-paiement ni le co-paiement des soins ne pouvaient être envisagés.

Dans le même temps, l'exclusion du patient de toute transaction financière renforce l'utilité et donc l'attractivité du produit.

Enfin, les pratiques de Tiers payant et d'absence de co-paiement induisent une sécurité supplémentaire pour le prestataire, lequel se déleste dans le même temps de la charge du recouvrement des coûts. Les risques de fraudes et la lourdeur du processus de remboursements des prestations médicales sont évités pour les deux parties.

POURQUOI LA CAPITATION ?

Une maîtrise facilitée des prescriptions de soins

Répondant aux critères de transparence et de simplicité de gestion, le choix du paiement par capitation a surtout été conduit en réponse au risque inflationniste du paiement à l'acte et – dans une moindre mesure – du paiement forfaitaire.

La capitation constitue en effet un garde fou efficace contre les risques de sur consommation - du fait du prescripteur comme de celui du patient - le personnel médical ayant tout intérêt à prescrire de manière rationnelle et à limiter les demandes abusives de celui-ci.

Le portage du risque par la structure de santé

Un intérêt majeur du système de paiement par capitation réside dans le fait de pouvoir faire porter, à terme, le risque financier aux structures de santé, permettant ainsi de sécuriser la viabilité financière du système d'assurance.

En effet, le système de paiement par capitation assurant la stabilité des coûts techniques, les dépenses de consommations médicales sont

prévisibles, facilitant la négociation du transfert du risque aux structures de santé.

Dans la pratique, une première période de test et d'ajustement est observée. Le portage du risque n'est transmis, après négociations, que lorsque les consommations se sont stabilisées et que le montant de capitation est bien défini.

Au sein du programme SKY, le portage est actuellement effectif dans un district. Il a été introduit 2,5 ans après le début du partenariat. Les structures de santé continuent à dégager des profits sans qu'une diminution de la qualité du service n'ait été observée.

Une gestion simplifiée et peu coûteuse

L'ajustement et le suivi du taux d'utilisation de la capitation sont relativement simples, dès lors que l'assurance dispose d'un système d'information fiable, complet et rapide. Il est néanmoins soumis à une exigence de monitoring permanent. La mise à jour des tableaux de bord ainsi que leur analyse régulière par une équipe formée à la gestion du risque sont essentielles. Cette exigence en matière de résultat est capitale pour la structure de santé qui ne dispose pas nécessairement des outils adéquats pour effectuer le suivi de ses dépenses réelles par rapport à la capitation versée. Elle implique aussi un certain degré de confiance entre l'assureur et le prestataire.

La capitation permettant de réduire les risques de sur prescription, le suivi des consommations individuelles est plus souple que celui nécessité par un paiement à l'acte, où le risque d'abus est grand. Enfin, bien que le paiement soit mensualisé, les coûts administratifs sont peu élevés du fait d'un système de facturation et de paiement simple et donc peu coûteux.

QUELS BENEFICES POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS?

Tout comme pour le système de tiers payant, il était important de définir un mode de paiement répondant également à certaines exigences facilitant son acceptation par le prestataire de soins: (i) simplicité de gestion, (ii) transparence du système, (iii) pleine compréhension par les personnels de santé du mécanisme de paiement et de ses modalités de fonctionnement.

La construction d'un partenariat de long terme avec les structures de santé suppose d'une part une acceptation éclairée par celles-ci du mécanisme de paiement et d'autre part la

perception par les structures de santé d'un intérêt à la collaboration.

Des revenus en hausse

L'assurance SKY contractant des structures de santé publiques uniquement, elle oriente et canalise un nombre important de patients habituellement tournés vers les prestataires privés, l'automédication, voire exclus de tout parcours de soins⁶.

Ainsi dans le District d'Ang Roka, en décembre 2008, alors que le taux de pénétration n'était que de 7%, SKY représentait plus de 20% du nombre total de contacts dans 20% des centres de santé ruraux contractés. Ce taux atteint même plus de 38% pour plusieurs d'entre eux.

L'apport peut être substantiel, notamment en phase de démarrage lorsque les niveaux de capitation ne sont pas encore exactement ajustés. Le calcul de la capitation inclut ensuite normalement une marge de 10 à 15% pour les formations sanitaires. Par application des règles du Ministère de la santé, 60% des recettes perçues reviennent directement aux personnels de santé des formations sanitaires.

Le paiement est régulier et anticipé sur les dépenses

Le prestataire a l'assurance de recevoir le paiement au plus tard le 5 de chaque mois.

Les structures de santé bénéficient ainsi de liquidités monétaires, aisément mobilisables pour faire face à l'achat de médicaments et de petits équipements.

⁶ Expérience pilote menée dans la Province de Kampot depuis Mai 2008, SKY couvre, en mai 2009, près de 11 000 membres du Fond d'Equité pour la santé. Auparavant, le FdE remboursait les structures de santé à l'acte pour les consommations de ses membres. La prise en charge médicale était soumise à présentation de la carte de pauvreté au moment de la consommation des soins. Elément majeur de discrimination, la carte de pauvreté dissuadait les membres d'utiliser pleinement les services de santé, les excluant de fait de tout accès aux soins. En remplaçant la carte de pauvreté par le livret de membre SKY, SKY supprime ainsi toute stigmatisation. Auparavant boudées par les plus pauvres, les formations sanitaires publiques observent aujourd'hui une hausse des taux de contacts et ainsi de leurs revenus.

Le montant du paiement est sécurisé et prévisible

Le montant de la capitation est arrêté pour une durée d'un an. En dehors des revues de capitation, seul le nombre d'assurés fait varier le montant de capitation, et généralement de manière progressive à la hausse.

Les formations sanitaires bénéficient d'une source de revenus sécurisés :

- (i) Le montant de capitation est fixe, quelque soit l'utilisation effective des services par les assurés.
- (ii) Une revue à 6 mois permet de procéder à d'éventuels ajustements.
- (iii) SKY couvre les pertes éventuelles pendant une durée théorique d'un an. Cette période d'apprentissage permet à l'assurance de constituer un historique de consommations suffisamment précis pour ajuster le niveau de capitation au plus près des dépenses réelles⁷. Dans le même temps, la structure de santé dispose d'un laps de temps suffisant pour se familiariser avec ce système de paiement et en expérimenter les bénéfices financiers avant que le portage du risque ne leur soit transféré.

La gestion est simple

Le système de paiement ne représente pas une charge de travail supplémentaire pour la structure de santé. Celle-ci n'est pas soumise à une exigence de suivi des consommations individuelles, les données nécessaires étant collectées directement par les agents d'assurance.

Le travail de facturation et de paiement est entièrement assuré par SKY.

III. CHALLENGES & FACTEURS CLÉ DE SUCCÈS

CONTROLLER LES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES A L'ÉGARD DES MEMBRES

Si le paiement par capitation apporte des revenus complémentaires à la structure de santé et son personnel, il limite dans le même temps les revenus liés aux prescriptions non rationnelles et aux paiements illicites. Le mécontentement du personnel de santé peut alors trouver son

⁷ Le terme « Dépenses réelles » fait ici référence aux recettes que la structure de santé aurait perçues en appliquant les tarifs officiels. Ne pas confondre « dépenses réelles » et « coûts réels » générés par la production des services de santé, lesquels ne sont à ce jour pas connus au Cambodge.

expression à travers des pratiques telles que la sous prescription et les comportements discriminatoires à l'égard des membres.

⇒ **Facteurs clé de succès : monitoring étroit et évaluation de la qualité des soins**

Monitorer la sous production de service

Le principal risque imputé au paiement par capitation⁸ est celui de la sous prescription du fait du personnel de santé.

Deux moyens principaux de contrôle peuvent être mis en place : (i) l'audit des dossiers médicaux pour s'assurer du respect des protocoles de soins et (ii) la comparaison entre les coûts moyens des patients assurés et ceux des patients non assurés. Compte tenu de la faible qualité des dossiers médicaux, le contrôle assuré par SKY repose aujourd'hui essentiellement sur la deuxième solution. Ainsi, la comparaison des coûts moyens dans les 10 centres de santé du district d'Ang Roka révèle que les coûts sont sensiblement identiques entre assurés et non assurés.

Cette exigence de monitoring, ainsi que la nécessité d'ajuster la capitation nécessite de disposer d'une information actualisée et régulière et donc d'un système d'information performant.

Limiter les Pratiques discriminatoires à l'égard des assurés

Alors que le contrôle des coûts moyens rend difficile la délivrance d'un service médical de moindre qualité pour les membres, les pratiques discriminatoires peuvent s'exprimer de manière informelle à travers un accueil plus rude, une consultation expéditive, etc. Un système d'enregistrement des plaintes et la réalisation d'enquêtes de satisfaction permettent d'identifier de potentiels problèmes de comportement du personnel médical.

Une clause de non discrimination dans le service délivré est intégrée dans tous les contrats signés par SKY avec ses prestataires de soins partenaires. Un tel contrôle n'est cependant réellement efficace que s'il est complété par l'application de

⁸ Egalement imputé au paiement forfaitaire par contact, mais dans une moindre mesure car le personnel de santé conserve la possibilité de faire revenir plusieurs fois le patient afin de multiplier le nombre de forfaits perçus.

sanctions, dont les modalités doivent également être précisées par voie de contrat.

Le système de plaintes de SKY est en cours de stabilisation. Un tel système se heurte à deux difficultés majeures pour évaluer la satisfaction des membres : (i) les mécontentements ne font pas l'objet d'un dépôt de plaintes systématique de la part des membres ; (ii) il est difficile voire impossible de mesurer le degré de véracité des plaintes, tant leur objet est soumis à la subjectivité. En l'absence d'information précise, et dans le contexte - commun à de nombreux pays en développement - d'un personnel de santé sous payé et à l'éthique médicale questionnée, SKY initie un dialogue préventif avec les personnels médicaux visant un changement de comportement. En parallèle, les cas de plaintes donnent lieu à des discussions ad hoc avec le personnel de santé et aux interventions des autorités de santé en cas de besoin. Il semble que la présence quotidienne d'un personnel SKY au sein de la structure de santé tend également à dissuader de tels comportements.

La question du contrôle de la satisfaction des patients envers le prestataire est cruciale. Il existe en effet un amalgame fréquent fait par l'assuré entre l'assureur et le prestataire de soins. Une mauvaise appréciation d'un prestataire de soin génère de facto une mauvaise appréciation de l'assureur.

Contrôler la qualité des soins

Face au risque de sous production de services que présente le paiement par capitation, une évaluation rigoureuse des soins dispensés est nécessaire pour s'assurer - sinon du respect des protocoles de soins et des recommandations du Ministère de la santé - au moins de l'égalité de traitements entre assurés et non assurés.

La multiplicité des prestataires de soins partenaires, le manque de ressources humaines de qualité au niveau de la cellule évaluation du Ministère de la Santé, et le coût d'une telle évaluation, ne permettent pas aujourd'hui de satisfaire totalement cette exigence.

Deux dispositifs permettent cependant d'exercer un contrôle :

- La présence d'un médecin conseil ;
- L'inclusion de clauses de qualité dans le contrat : les indicateurs doivent être facile à vérifier par contrôle ponctuel (heures d'ouverture, présence de personnel soignant, approvisionnement en

médicament etc.) Le paiement doit être lié à la satisfaction de ces indicateurs.

GERER L'EXIGENCE DU PARTENAIRE UNIQUE

Le calcul même du montant de capitation rend difficile l'utilisation de ce mécanisme de paiement dans une aire où l'assurance contracte des partenaires multiples pour le même niveau de soins.

⇒ Facteurs clé de succès

Adopter le paiement par capitation dans ce contexte suppose :

- (i) Soit d'attendre la stabilisation des fréquentations par les membres, en appliquant temporairement un autre système de paiement;
- (ii) Soit de contraindre les assurés à choisir une structure de santé, en dehors de laquelle ils ne seront pas couverts, limitant de fait le nomadisme médical mais annulant dans le même temps toute possibilité de libre choix du prestataire. Si cette solution est commercialement peu attrayante en zone urbaine, elle rencontre moins d'antagonisme en zone rurale où le choix de structures de recours est limité (notamment par la distance géographique).

SKY fait actuellement face à cette situation à Phnom Penh. Les contrats sont renégociés en priorité avec un paiement forfaitaire. Dans le cas d'une stabilisation des fréquentations à moyen terme, il sera envisagé de renégocier un paiement par capitation.

GERER LES LIMITES DE LA NEGOCIATION PAR DISTRICT

En milieu rural, et malgré la non uniformité des tarifications, SKY a choisi de négocier un montant de capitation unique par district sanitaire.

Si cela permet de simplifier la gestion des contrats et des paiements, ce système tend dans le même temps à créer des situations inégalitaires et injustes. Les centres de santé réalisant les plus grandes marges sont en fait celles dont les taux de contacts sont les plus faibles parce que fournissant des soins de qualité médiocre. Le système de négociations de groupe favorise ainsi les mauvais éléments, au risque de démotiver les structures de santé faisant le plus d'efforts.

⇒ **Expérience**

Une option actuellement en négociation avec les structures de santé est celle d'un système de paiement par capitation indexé aux taux de contacts. Le mécanisme repose sur deux postulats:

- (i) Les fournisseurs de soins sont en mesure de limiter les cas de surconsommation du fait de l'assuré ;
- (ii) Des taux de contacts faibles s'expliquent en partie par la faible qualité des soins fournis et par des heures d'ouverture trop restreintes.

Dans les deux cas, le prestataire doit jouer un rôle actif pour parvenir à un taux juste d'utilisation.

Le principe est de récompenser les structures atteignant des taux de contacts acceptables (ni trop faibles, ni trop élevés) par le versement d'une marge sur capitation indexée sur le taux de contact.

Une revue à un an permettra de se prononcer sur l'impact de ce système.

FAIRE ACCEPTER LE PAIEMENT PAR CAPITATION AUX STRUCTURES DE SANTE

L'assurance, comme la capitation, est une innovation majeure et relativement récente dans le paysage du financement de la santé cambodgien. Le manque de familiarité des personnels de santé et des autorités avec le système est susceptible de générer des retards dans l'exécution des activités, voire des tensions entre les partenaires.

⇒ **Facteurs clé de succès : Un accompagnement des structures de santé**

Assurer la compréhension de la capitation par les structures de santé

Le mode de calcul est le premier élément devant être expliqué au personnel de santé. Alors que la notion de coût moyen apparait facilement comprise, celle de fréquence – et de répartition des risques entre assurés – est moins évidente.

Dans ce sens, il est nécessaire d'observer des règles homogènes et transparentes dans les différentes zones d'activités. En effet, bien que localisées dans des districts différents et parfois géographiquement très éloignées, les autorités sanitaires échangent régulièrement entre elles sur les bénéfices tirés de la capitation. L'application de

règles différentes d'une zone à l'autre (capitation boostée dans l'une, non révision de la capitation malgré de marges substantielles dans l'autre) ou même de montant de capitation différent (du fait de tarifs et de taux de contacts différents) est souvent mal comprise. Ces situations permettent de vérifier le degré de compréhension du calcul de capitation par les structures sanitaires. Souvent les comparaisons de montant de capitation s'effectuent entre zones n'ayant ni les mêmes tarifs de services, ni les mêmes fréquences.

Les règles doivent donc être transparentes et expliquées à l'ensemble des partenaires. Il faut également garder à l'esprit que les méthodes de calcul de la capitation ne sont jamais trop répétées.

Rendre les bénéfices financiers du partenariat avec l'assurance visibles

Au commencement de la couverture d'une nouvelle aire de santé, l'assurance compte peu de membres. Le montant de la capitation versé mensuellement peut donc paraître insignifiant à la formation sanitaire nouvellement contractée. L'assurance dispose alors de peu de légitimité pour exiger une amélioration de la qualité des soins, laquelle est souvent l'obstacle majeur à la croissance des adhésions.

Pour tenter de rompre ce cercle vicieux, outre le dialogue avec l'institution sanitaire, SKY, en partenariat avec la GTZ, expérimente dans le district sanitaire de Kampong Thom le paiement d'une « boosting capitation » : le principe repose sur le paiement d'un montant de capitation correspondant à un taux de couverture largement supérieur à ce qu'il est réellement. En échange, la formation sanitaire s'engage à (i) respecter les horaires légaux d'ouverture, (ii) assurer une permanence médicale, (iii) assurer la continuité de l'approvisionnement en médicaments et petits matériels.

Le contrôle strict et l'application de sanctions fermes sont les conditions essentielles à la traduction de la *boosting capitation* en résultats concrets en termes d'amélioration des services fournis.

A mi parcours⁹, l'expérience révèle un bilan mitigé. Éléments positifs, les taux de contacts ont significativement augmenté dans deux centres de santé sur trois. Cependant, le taux de croissance des adhésions demeure faible. Des ruptures

⁹ Un an d'expérimentation

d'approvisionnement et l'absence de personnel médical sont encore très régulièrement observées. Deux questions essentielles restent également en suspens :

Comment gérer l'après « Boosting capitation » : doit-on maintenir, à titre expérimental, ce niveau de capitation jusqu'à l'atteinte effective du taux de couverture ?

Quelle est le degré de répliquabilité d'un modèle relativement coûteux et financé par un bailleur ?

Ajuster le niveau de capitation à la baisse sans heurter la motivation du personnel de santé

Alors que les hausses de capitation sont sans exception très bien accueillies, une révision à la baisse se heurte souvent à des levées de boucliers. Les situations observées par SKY sont très diverses mais on relève cependant un point commun : les calculs de la capitation et les justifications de sa réévaluation à la baisse sont pourtant bien compris. Le principal argument évoqué à l'encontre d'une diminution de la capitation est la démotivation que cela générerait auprès des personnels de santé.

Constatant qu'une baisse de capitation est vécue douloureusement, d'autant plus en début de projet (ou au moment de l'extension à une nouvelle zone géographique), il apparaît plus pertinent de démarrer avec un montant de capitation faible (calculer la capitation dans un premier temps en réduisant les fréquences d'utilisation attendues) et de l'augmenter au fur et à mesure de l'augmentation des fréquentations. Dans le même temps l'application du principe de remboursement des pertes permet de sécuriser la formation sanitaire.

Accompagner l'utilisation des marges

L'utilisation de la marge doit faire l'objet d'un accompagnement. Les marges issues de la capitation doivent être partagées suivant la règle générale établie par le Ministère de la Santé régissant l'utilisation des recettes des formations sanitaires: 60% pour le personnel, 39% conservé pour le fonctionnement de la structure, 1% versé à l'Etat.

Au-delà de la répartition, c'est l'annualisation de la gestion de la marge qui doit être expliquée : le paiement de la capitation étant mensuel, le personnel de santé tend à gérer les profits de la capitation sur la même base, sans anticipation

d'éventuelles pertes à venir. En cas de pertes en fin d'année, la structure de santé ne dispose plus de liquidité monétaire pour équilibrer le bilan.

Ainsi dans le District de Kampot, bénéficiant d'une marge confortable au commencement du projet, l'hôpital provincial a recruté un nouveau médecin, rémunéré grâce au profit réalisé sur la capitation - soulignant de ce fait une certaine incompréhension du caractère non durable de la marge.

Conclusion

Constatant le potentiel d'un tel système pour renforcer un système public de soins sous budgété et la commodité qu'il représente pour l'assureur¹⁰, le Ministère de la Santé Cambodgien, dans son guide pour la mise en place de système de micro assurance santé « *recommande fortement d'adopter le système de capitation pour le paiement des structures sanitaires de premier et deuxième niveaux* »¹¹ reconnaissant ainsi la pertinence du système de paiement par capitation au regard des bénéfices retirés par les deux parties.

¹⁰ Ministère de la Santé, Département de la planification et de l'information sanitaire, Guide pour la mise en place des systèmes communautaires d'assurance santé, Juin 2006, Cambodge. p.11

Annexe 1 – Risques liés à l'application d'un paiement par capitation et capacités requises pour pallier le risque

Activités	Risque	Capacité requise chez l'assureur pour pallier le risque
1 - Négociation	Mauvaise compréhension de l'assurance et du principe de la capitation	Pédagogie et accompagnement
2 - Calcul de la capitation	Calcul avec le prestataire sur la base de ses propres données	Recueil et analyse des données de consommation (coût et fréquence)
3 - Contractualisation	Mauvaise compréhension	Négociation par étape, discussion avec l'ensemble des équipes et adhésion de l'ensemble du staff au contrat
4 - Suivi des consommations	Sur ou sous-consommation	Très bon système IT Médecin conseil Procédures de contrôles Qualité du dialogue avec le prestataire
5 - Reporting	Délais trop long, manque de transparence pour le prestataire	Qualité de la collecte des données. processus de collecte validé par le prestataire
6 - Ajustement	Capitation toujours plus haute	Capacité de négociation fondée sur des données acceptées comme fiables par le prestataire
7 - Suivi satisfaction	Risque d'amalgame entre prestataire et assureur.	Outils de suivi de la satisfaction (qualité perçue vs qualité réelle des soins) L'assuré doit être certain que l'assureur est de son côté et pas de celui du prestataire