PN-AAV-805
46915

HEALTH
MANAGEMENT
GROUP, LTD.

700 Blair Avenue, Piedmont, California 94611
Telephone (415) 652-2720

GUIDE D'EVALUATION DE LA FAISABILITE D'UNE ORGANISATION DE MAINTIEN DE LA SANTE (OMS)

Par

PAUL ZUKIN, M.D.

PREPARE POUR

GROUP HEALTH ASSOCIATION OF AMERICA, INC.

624 NINTH STREET, N.W.

WASHINGTON, D.C. 20001

1985

GUIDE D'EVALUATION DE LA FAISABILITE

D'UNE ORGANISATION DE MAINTIEN

DE LA SANTE

(OMS)

TABLE DES MATIERES

		Page
Glossaire		iv
1.0	Résumé	1
2.0	Introduction	6
3.0	Description des différentes stratégies d'assurance-maladies	9
3.1	Assurance avec indemnité	9
3.2	Prépaiement fixe per capita lié à la prestation des services de santé complets	13
3.2.1	Concept d'OMS	14
3.2.2	Comment les OMS font face aux problèmes actuels	15
3.2.3	Différentes options de modèles d'OMS	17
3.3	Soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale	31
3.4	Service de santé national parrainé par l'Etat	32
3.4.1	Système de soins de santé entièrement nationalisé	33
3.4.2	Système de soins de santé "Mixte"	33

4.0 Approches pour évaluer la faisabilité: Processus et étapes..... 35

- Etape I: Evaluation préliminaire..... 35

- Etape II: Etude de faisabilité..... 36

- Etape III: Dernière étape avant la réalisation finale..... 38

- Etape IV: Mise en oeuvre..... 38

- Etape V: Evaluation et révision si c'est nécessaire..... 38

5.0 Analyse des systèmes de services de santé déjà en place..... 39

6.0 Climat pour fonder une nouvelle organisation de soins de santé..... 41

7.0 Faisabilité du point de vue juridique et règlementaire..... 45

7.1 Identifier les lois sur la création et les activités de l'OMS..... 48

7.2 Revoir la règlementation sur les assurances..... 49

7.3 S'informer sur les interdictions en matière de publicité..... 49

7.4 S'informer sur les restrictions frappant l'exercice de la médecine par les sociétés..... 50

7.5 Voir les possibilités de collaboration publique privée..... 50

7.6 Déterminer les conditions en matière de planification et services de santé..... 51

7.7 Prospecter les autres statuts et restrictions..... 52

7.8 Examiner les aspects juridiques de la structure d'OMS proposé..... 53

7.9 Liste pour évaluer la faisabilité juridique..... 54

8.0 Evaluer et planifier les services de santé..... 56

9.0 Faisabilité commerciale..... 67

9.1 Comment définir et analyser la région à desservir..... 69

9.2 Elaborer les objectifs et les options stratégiques..... 70

9.3 Etablir la faisabilité commerciale et élaborer les lignes directrices du plan de marketing..... 71

10.0 Faisabilité financière..... 80

10.1 Etablir les coûts anticipés d'une OMS proposée..... 86

11.0 Faisabilité en ce qui concerne l'organisation et la gestion..... 104

12.0 Gestion de l'évaluation de la faisabilité..... 110

Références..... 116

Glossaire

Rénumération forfaitaire par personne :

Mécanisme de paiement par lequel le médecin ou le group médical est remboursé un montant spécifique par mois par membre faisant partie d'un Plan de Santé payé.

Assurance maladie (indemnité)

Assurance contre les risques financiers dû à la maladie aux opérations chirugicales, à la maternité, etc., dans laquelle les risques et les ressources sont ressemblées pour payer tous ou partie des coûts des soins de santé. Puisque trois parties sont engagées, l'assuré, celui qui fournit les soins et la compagnie d'assurance, ce type d'assurance est aussi appelé remboursement par tiers payant.

Certificat de besoins

Un tel certificat est requis dans la plupart des états qui limitent l'expansion des installations sanitaires existantes ou le développement de nouveaux services de santé seulement au cas où on peut démontrer qu'il y a un besoin d'une manière qui satisfait une autorité spécifique ayant la charge de revoir ces cas.

Répartition communautaire des taux

Un système pour fixer les taux de payment des services de santé dans lequel ces taux doivent être équivalents pour tous les individus et pour toutes les familles ou communautés ayant la même composition. On oppose cette répartition des taux à la répartition basée sur l'expérience, système où les taux varient en fonction de l'utilisation passée soit pour un individu soit pour une famille.

Partage des coûts avec les patients

Paiement fait directement par le patient qui est traité pour couvrir une portion des coûts des services qu'il a reçus. Les types principaux sont : un co-paiement fixe (par exemple 1,50 $E.U. par ordonnance), une co-assurance fixe (par exemple, 20 pour cent des frais d'hospitalisation) et un montant déductible annuel (par exemple, l'assuré doit payer chaque année les premiers 100$ du coût des services de santé avant que son assurance santé ne prenne en charge une partie ou tous les coûts des soins).

Honoraire

Un mécanisme par lequel ceux qui fournissenent les soins sont remboursés pour chaque consultation, visite ou prestation donnée un patient. Le remboursement se fait généralement sur la base d'un barême des prix au négocié ou d'une nomenclature.

Organisation de maintient de la Santé (OMS)

Un système de services de santé organisé formellement qui combinent les fonctions de financement et de prestation de services et qui fournit des services complets à un groupe de côtisants pour une somme fixe payée à l'avance.

Association de cabinets indépendants (ACI)

Une association, une société ou tout autre personne morale qui a pris des arrangements professionnels avec des praticiens de la médecine, de l'ostéopathie, des dentistes et autres professionnels de la santé. De tels praticiens fourniront leurs services conformément aux termes d'un arrangement de compensation établi par la personne morale et dans la mesure du possible, ils partageront les dossiers médicaux et autres, l'équipement avec personnel professionnel, technique et administratif.

Région du marché/Région à desservir

La région du marché comprend la région géographique de laquelle l'OMS espère attirer ses cotisants. La région à desservir est la région où en fait, l'OMS fournit ou fait les arrangements pour les services de base et supplémentaires qui sont à la disposition de ses membres d'une manière rapide et qui assure la continuité des soins vingt quatre heure par jour, sept jours par semaine.

Membre/cotisant

Ce terme utilisé à propos d'une OMS signifie un individu qui est devenu partie à un accord contractuel, ou au nom de qui un accord a été passé, avec une organisation qui fournit, ou qui assume la responsabilité de fournir à cet individu, les services de santé de base et supplémentaires conformément à ce qui a été prévu dans le contrat.

Réseau des individus/organisations fournissant des services

La combinaison des installations sanitaires, des services de santé et de travailleurs de santé (médecins, etc.) qui fournit les services de santé de base et supplémentaires que l'OMS à la responsabilité de fournir.

Services de base - services supplémentaires

Selon les conditions requises pour les organisations de maintient de la santé, clause XIII, section 1302 (300e-1), "services de base" signifie :

- services rendus par des médecins (y compris les consultations et les services de référence rendus par un médecin)
- services d'urgence médicalement nécessaires
- services de santé mentale en consultation externes à court terme (au plus 20 visites) pour évaluer le patient ou pour intervenir en cas de crise
- traitement médicale et services de référence (y compris les services de référence aux services auxiliaires pour le traitement de l'abus et de la dépendance à l'alcool et aux drogues

- laboratoires diagnostiques et services de radiographie diagnostiques et thérapeutiques

- services de santé à domicile

- services de santé préventifs (y compris les immunisations, soins des enfants dès la naissance, bilans de santé périodiques pour les adultes, services de planning familial volontaires, services pour traiter la stérilité et examens des yeux et des oreilles des enfants pour déterminer s'ils ont besoin d'avoir la vision corrigée ou d'avoir un appareil auditif.

  "Services de santé supplémentaires" signifie tout services de santé non compris dans les services de base mais qui sont inclus dans le contrat entre l'OMS et ses membres. Il se peut que les services supplémentaires comprennent des services fournis par des dentistes, des optométristes, des médicaments sur ordonnance, etc.

Signataire

Un individu qui exécute, c'est-à-dire signe ou "souscrit" l'application pour devenir membre d'une OMS, pour lui ou pour elle et ses dépendents ou autres personnels éligibles à recevoir des avantages sanitaires d'une OMS.

1.0 RESUME

Des programmes de soins de santé, complets et prépayés sont devenus de plus en plus courants ces dernières années en tant qu'options de remplacement du système traditionnel privé où les services sont donnés en contrepartie d'honoraires. Ces programmes, du moins aux Etats-Unis, sont communément appelés organisation pour le maintien de la santé ou simplement OMS. Le présent guide d'évaluation de la faisabilité des OMS, bien qu'applicable en général, est conçu tout particulièrement pour être utilisé dans les pays autres que les Etats-Unis.

Les OMS sont définies comme étant des systèmes de prestation de services de santé, organisés formellement qui combinent les fonctions financières et de prestations de services afin de pouvoir prêter des services de santé complets aux membres qui se sont affiliés volontairement et qui ont versé à l'avance des cotisations fixes. De plus en plus de gens se tournent vers ces organisations car elles peuvent réduire considérablement les coûts des services de santé en même temps qu'elles fournissent des services de santé plus complets que ceux fournis en général par le système traditionnel sur la base d'honoraires. Parce qu'elles insistent sur la prévention des maladies et les traitements donnés lorsque les problèmes de santé commencent plutôt que sur le traitement des maladies à un stade plus avancé, le but des OMS est de maintenir la santé, d'où leur nom.

En dépit de ces nombreux avantages, les OMS ne sont pas toujours très bien acceptées. Elles peuvent être beaucoup trop concurrentielles face au système traditionnel basé sur des honoraires, et sont donc une menace pour ceux qui fournissent des services en contrepartie d'honoraires et pour les assureurs.

Elles sont aussi une menace car elles ont des buts différents et emploient des méthodes non-traditionnelles pour financer et prêter les services de santé.

Cependant tous les membres du secteur privé de la santé ne sont pas opposés aux OMS. Pour les hôpitaux sous-utilisés, les OMS peuvent être une source de clients. En plus, pour les agences gouvernementales, les programmes d'assurance sociale et même les ministères de la santé les OMS peuvent être des solutions de remplacement intéressantes permettant de faire contribuer plus efficacement le secteur privé et de réduire le nombre d'établissements sanitaires et autres ressources de santé qui font double emploi. En fait, les employeurs qui sont obligés, de par la loi ou parce que c'est stipulé dans leur contrat, de payer pour les soins de santé de leurs employés sont souvent en faveur des OMS. En effet, avec les OMS les employeurs économisent et connaissent à l'avance le montant des soins de santé.

Les OMS sont des entreprises commerciales qui combinent les composantes des soins de santé - la structure gestionnaire proprement dite, les médecins et les établissements sanitaires. Ces composantes peuvent être regroupées et reliées entre elles de diverses manières. Pour déterminer la faisabilité d'une éventuelle OMS, il est nécessaire de démontrer que:

- l'OMS peut être fondée et peut fonctionner conformément aux provisions juridiques en vigueur.
- Un réseau peut être établi pouvant prêter les services de santé mentionnés dans les contrats.
- Un bon climat de support et un marché existent pour l'OMS et ses services.

- Un financement suffisant sera disponible pour fonder et faire fonctionner l'organisation.
- Une structure organisationnelle adéquate est en place qui permettra que l'entreprise soit gérée efficacement.
- Les facteurs qui entrent en ligne de compte pour déterminer la faisabilité d'une OMS dépendent de l'organisation et des caractéristiques du système des services de santé du pays en question, de l'emplacement de l'OMS proposée ainsi que de considérations juridiques, règlementaires, institutionnelles et économiques.

Cependant, c'est l'organisation qui se propose de fonder l'OMS, ses besoins, ses aspirations, qui sont de première importante. Ce sont ces besoins et aspirations qui détermineront la manière dont l'OMS sera organisée et fonctionnera.

On propose que l'évaluation de la faisabilité d'une OMS se fasse en différentes étapes. Il s'agit de faire d'abord une évaluation préliminaire suivie d'une étude de faisabilité complète. En supposant que la faisabilité soit établie, on passe à ce moment là à la phase de pré-exécution.

Les objectifs et activités de l'évaluation préliminaire et de l'étude de faisabilité sont:

- <u>Evaluation préliminaire:</u> Identifier et analyser les principales contraintes et occasions existantes pour fonder une OMS en tenant compte de la situation de l'organisation parrainante ainsi que du contexte général et d'autres facteurs pertinents. Cette étape permet de déterminer si on va donner suite et faire une étude de faisabilité complète.

- <u>Etude de faisabilité</u> Déterminer si tous les aspects et composantes essentiels concernant l'OMS proposée sont présents ou peuvent être rassemblés et déterminer si les obstacles identifiés peuvent être surmontés. Lors de cette étape, il faut prouver:

- la faisabilité règlementaire et juridique: Quatre aspects de cette faisabilité doivent être établis: premièrement, il s'agit de montrer qu'il existe des provisions juridiques, permettant de fonder et de faire fonctionner une OMS (ou du moins qu'il n'y ait aucune interdiction), deuxièmement, évaluer les limitations juridiques imposées à l'OMS, troisièmement identifier toute autre limitation ou barrière qui pourrait entraver le fonctionnement ou avoir des conséquences sur l'OMS et quatrièmement, mettre en place une structure organisationnelle pour l'OMS proposée, fondée sur l'évaluation juridique et qui est conforme aux diverses exigences juridiques et règlementaires. Afin de réaliser les différents points mentionnés ci-dessus, il faut prendre connaissance des différents lois et règlements d'assurances qui y sont relatifs, des restrictions en matière de publicité ou de médecine de goupe, il faut revoir les différentes occasions pour une collaboration des secteurs public et privé, évaluer quelles sont les exigences pour les services de santé et prospecter les autres statuts et restrictions pertinentes.

- Faisabilité de la prestation des services de santé: Premièrement, il faut montrer qu'on peut regrouper un ensemble de services de santé qui permet de réaliser les buts de l'OMS et qui sont concurrentiels et dans les limites des paramètres des coûts; ensuite qu'on peut concevoir un système de prestations de soins satisfaisant; puis qu'on peut établir un réseau d'installations sanitaires, mobiliser les médecins et autres personnel médical qui prête les services et enfin qu'on peut élaborer des mesures acceptables pour assurer la qualité et contrôler l'utilisation.

- Faisabilité commerciale: Il est d'importance critique pour la réussite de l'OMS d'établir un marché suffisant pour s'assurer que l'OMS pourra atteindre ses objectifs financiers et autres. Il s'agit de démontrer qu'il y a, ou qu'on peut établir, un climat positif face à l'OMS et que les paramètres démographiques, économiques, et sanitaires ainsi que les ressources en matière de santé sont telles que l'OMS atteindra un seuil de rentabilité après un certain temps. Celà exige qu'on identifie des employeurs qui sont prêts à payer pour un nombre adéquat de cotisants. Les ensembles de services offerts et le coût de ces services devront être concurrentiels par rapport aux options de services de santé offerts par les compagnies d'assurances et autres organismes.

- Faisabilité financière: Pour être faisable financièrement, l'OMS devra justifier de crédits adéquats pour lancer et maintenir les activités, pour faire face à un certain nombre de demandes financières non prévues (cf, celles qui sont liées à des changements dans le nombre de cotisants et/ou dans les coûts etc...) et pour

arriver au seuil de rentabilité après certain temps, par exemple cinq ans. Trois activités sont essentielles pour y arriver. Premièrement, il faut étudier le budget et les coûts projetés pour le programme proposé. Deuxièmement, les conditions financières sont projetées dans le temps. Enfin, on prévoit la (les) source(s) financière(s) et on décide de la gestion des crédits et on les projette dans le temps.

Etant donné que les conditions financières sont liées aux caractéristiques des services de santé et aux facteurs du marché, il est évident que les analyses de faisabilité des différents aspects de l'OMS proposée sont liées les unes aux autres, que les évaluations sont faites conjointement et qu'une partie du personnel travaillera sur les différentes analyses.

- Faisabilité du point de vue gestion et organisation: Il y a de nombreuses manières de combiner les composantes d'une OMS et de fonder une organisation qui fonctionne (cela est discuté en détail dans le texte). Il s'agit d'étudier soigneusement les divers modèles d'OMS dans le contexte de leurs capacités à s'adapter aux caractéristiques uniques de la situation qu'on évalue. Cela signifie qu'il faut non seulement voir comment les composantes sont structurées, comment elles s'agencent entre elles, mais aussi quelle est la meilleure manière de gérer l'organisation pour assurer un fonctionnement harmonieux qui lui permettra de s'adapter aux changements et à l'expansion.

En dernier lieu, quelques mots sur la manière de diriger une évaluation de faisabilité. Les OMS sont des organisations complexes, et évaluer leur faisabilité relève du défi. Les nombreux facteurs dont il faut tenir compte exigent qu'on approche l'évaluation de manière logique et planifiée en utilisant les services d'un personnel compétent et ayant de l'expérience. Une bonne façon d'y arriver est de former des équipes d'évaluation pour chacun des principaux domaines à évaluer: juridique/règlementaire, services de santé, marketing, financement et organisation et gestion. Des mémoires descriptifs seront préparés avant le début du travail. Chaque mémoire indiquera les objectifs de l'évaluation, les dates de début et de fin de travail, les résultats finals ou les résultats anticipés, la composition de l'équipe et la durée de la mission, les ressources nécessaires, les hypothèses et contraintes, la méthodologie, et un calendrier d'exécution des activités spécifiant les points essentiels.

2.0 INTRODUCTION

Ces dix dernières années, l'organisation pour le maintien de la santé a pris une place de plus en plus importante aux Etats-Unis. Cette organisation est également de plus en plus fréquente dans d'autres pays où une partie de la médecine est privée.

Un système de soins de santé privé (où les services sont rendus en contrepartie d'honoraires) présente de nombreux problèmes. Par exemple, ce type de système tend à fragmenter les soins de santé et se concentre principalement sur le traitement des maladies. Le coût des soins est difficile à contrôler et augmente à une allure alarmante.

Pour remédier à ces problèmes, on a élaboré des prestations de services de santé prépayés. Cela implique une restructuration des soins de santé où on insiste sur la prévention des maladies et la promotion de la santé pour maintenir la santé, d'où le nom de ces systèmes: organisations pour le maintien de la santé ou simplement les OMS.

Une OMS est un système de prestations de soins de santé rigoureusement organisé qui combine des fonctions financières et de prestations de services et qui fournit des services complets à des cotisants ayant souscrit volontairement à l'OMS pour des montants fixes, payables à l'avance.

Par suite de la hausse du coût des soins de santé aux Etats-Unis, le Gouvernement fédéral encourage vivement l'adoption des OMS comme solution de remplacement aux services de santé traditionnels. Pour commencer, l'Etat avait affecté certains crédits au développement des OMS. Cependant depuis 1981, le secteur privé assume entièrement ce rôle. Un grand nombre de lois ont été érigées pour règlementer et contrôler les divers aspects de la fondation et du fonctionnement d'une OMS. Ces lois non seulement régissent les conditions financières et juridiques, mais ont également rapport au

contenu du programme des services de santé, au rôle du consommateur dans l'organisation y compris la formulation des politiques et, dans une certaine mesure, les pratiques de marketing de l'organisation.

Dans d'autres pays, où les systèmes de soins de santé sont différents de celui des Etats-Unis et où les contextes juridique, règlementaire, institutionnel, socio-culturel et politique sont eux aussi différents, les conditions nécessaires pour fonder et faire fonctionner une OMS ne seront pas les mêmes qu'aux Etats-Unis.

Une OMS est non seulement un programme de services de santé, mais doit également être vu comme une entreprise commerciale. Pour être viable, et cela indépendamment des crédits dont elle peut éventuellement bénéficier, l'OMS doit montrer qu'elle est capable de devenir auto-suffisante après une durée raisonnable, par exemple cinq ans. Elle doit être compétitive par rapport aux autres organisations sanitaires et doit offrir, de manière continue, un programme de services de santé de base, acceptables à la population qu'elle dessert.

Chaque pays dispose d'une gamme de services de santé. Ces services sont dispensés par des organisations publiques et privées grâce à des mécanismes divers. Pour évaluer la faisabilité d'une OMS dans le contexte d'un pays donné, il s'agit d'abord de comprendre le statut sanitaire et les besoins en santé de la région qu'on veut desservir ainsi que l'organisation des services de santé de la région et la manière dont ces services sont financés. Qui paye et pour quoi, quand et dans quelles circonstances?

Nous avons noté aux pages précédentes que l'OMS représente avant tout une activité du secteur privé, même si certaines OMS dispensent des soins à des patients qui relèvent du secteur public et dont le paiement à l'avance est fait à partir des crédits publics. Pour des raisons pratiques, l'OMS est

rangée sous la rubrique assurance maladie qui est en gros un mécanisme permettant de financer les soins de santé privés. Par conséquent, le chapitre suivant décrira les différentes stratégies d'assurances maladies aux fins de donner une toile de fond à l'évaluation de la faisabilité d'une OMS. On y incluera une analyse détaillée des modèles organisationnels d'OMS, on observera la relation existant entre trois éléments-clés qui composent une OMS: les hôpitaux, les médecins, et le "plan" qui gère l'entreprise et établit les contrats avec la population desservie.

La démarche exposée dans ce document pour une évaluation de la faisabilité d'une OMS est destinée à être utilisée surtout dans des pays autres que les Etats-Unis. Le chapitre final aidera ceux qui planifient les OMS à analyser de différents points de vue la faisabilité d'une éventuelle OMS: Les différentes étapes consistent à comprendre le système de services de santé en place, puis, à essayer de voir s'il y a un climat favorable pour fonder une nouvelle organisation de soins de santé, à identifier et à analyser les facteurs juridiques et règlementaires, le programme de services de santé qui seront inclus, le marketing et le financement du programme et enfin à choisir telle ou telle structure pour l'OMS et un modèle de gestion. Il faudra déterminer le degré de risques impliqués et en se fondant sur les divers points mentionnés ci-dessus il faudra prendre et décider si on va se lancer ou non.

Le processus pour évaluer la faisabilité est divisé en plusieurs étapes et une nouvelle étape ne pourra être abordée que si la précédente a été soigneusement complétée. Ces phases sont décrites en détail et on mentionne les compétences nécessaires pour mener à bien les différentes tâches.

3.0 DESCRIPTION DES DIFFERENTES STRATEGIES D'ASSURANCE-MALADIE

Si certains lecteurs de ce guide ont une bonne connaissance des assurances maladies, d'autres n'ont peut-être pas ces informations. Afin de donner une base commune pour comprendre et comparer, nous commencerons par une discussion générale des diverses formes d'assurances maladies et leurs traits les plus caractéristiques ainsi que des différents mécanismes de financement.

Une bonne manière de conceptualiser une assurance maladie est de l'envisager en termes de chaîne ou d'éventail. A droite, on trouve l'assurance avec indemnités du secteur privé. Au milieu on trouve les différents arrangements qui associent les prépaiements et la prestation des services de santé ainsi que les soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale. A gauche, on trouve le système de soins de santé parrainé par le secteur public tel que le British National Health Service (Service de Santé national britannique). Nous allons à présent discuter en détail ces différents types d'assurance maladie.

3.1 Assurance avec indemnité (Remboursement par tiers payant)

Ce type d'assurance est avant tout un mécanisme qui fait d'un risque financier inconnu un risque financier connu. Par exemple les assurances qui vous dédommagent des pertes financières encourrues par suite d'incendie, vol ou maladie. Dans le cas de l'assurance maladie, la personne achète une assurance pour laquelle elle paye une certaine somme. Quand la personne a besoin de services de santé, la compagnie d'assurance paye soit une partie ou l'intégralité des frais résultant des services prêtés conformément au taux de couverture stipulé dans la police d'assurance. Dans de tel cas, "l'assurance"

est uniquement un moyen pour financer les soins de santé. Elle s'occupe peu ou pas du tout de l'organisation, du fonctionnement et du coût du système de soins de santé et ne cherche pas non plus à voir si les besoins sont satisfaits.

L'assurance avec indemnités est un moyen de payer pour des services spécifiques dans un système fondé sur services en contrepartie d'honoraires. Les compagnies d'assurance qui couvrent leurs clients dans un tel système se trouvent avant tout dans le secteur privé tout comme les organisations ou individus prêtant les services de santé. Aux Etats-Unis, c'est le type d'assurance le plus courant, en raison de la prédominance du système de soins de santé privé. Etant donné que trois parties sont impliqués, le patient, l'organisation ou l'individu prêtant les services et la compagnie d'assurances qui rembourse les frais des soins, on appelle également cette forme d'assurance remboursement par tiers payant.

Un des avantages du remboursement par tiers pays est que les cotisants d'une telle assurance peuvent choisir leur propre médecin ou l'établissement sanitaire où ils veulent être traité. Le désavantage est que cette forme de couverture peut être chère et que souvent il y a sur-utilisation (coûts élevés) et mauvaise qualité des soins.

En plus, cette assurance tend à donner des soins fragmentés plutôt que des soins complets et continus car il n'y a pas de système de soins de santé organisé et planifié qui en fasse obligatoirement partie. Dans le cadre des assurances fondées sur le tiers payant, certaines techniques peuvent aider à réduire les coûts, l'utilisation et les risques.

Chaque fois que c'est possible les assurés participent en groupes au programme d'assurance, ce qui permet d'économiser sur les frais de gestion du programme. Mais le plus grand avantage d'une adhésion en groupe est une bien meilleure représentation de la population couverte et par conséquent on réduit

les risques d'avoir une proportion importante de gens malades qui auront des besoins importants en soins médicaux. En langage d'assurance, on appelle cela "réduire les risques de sélection".

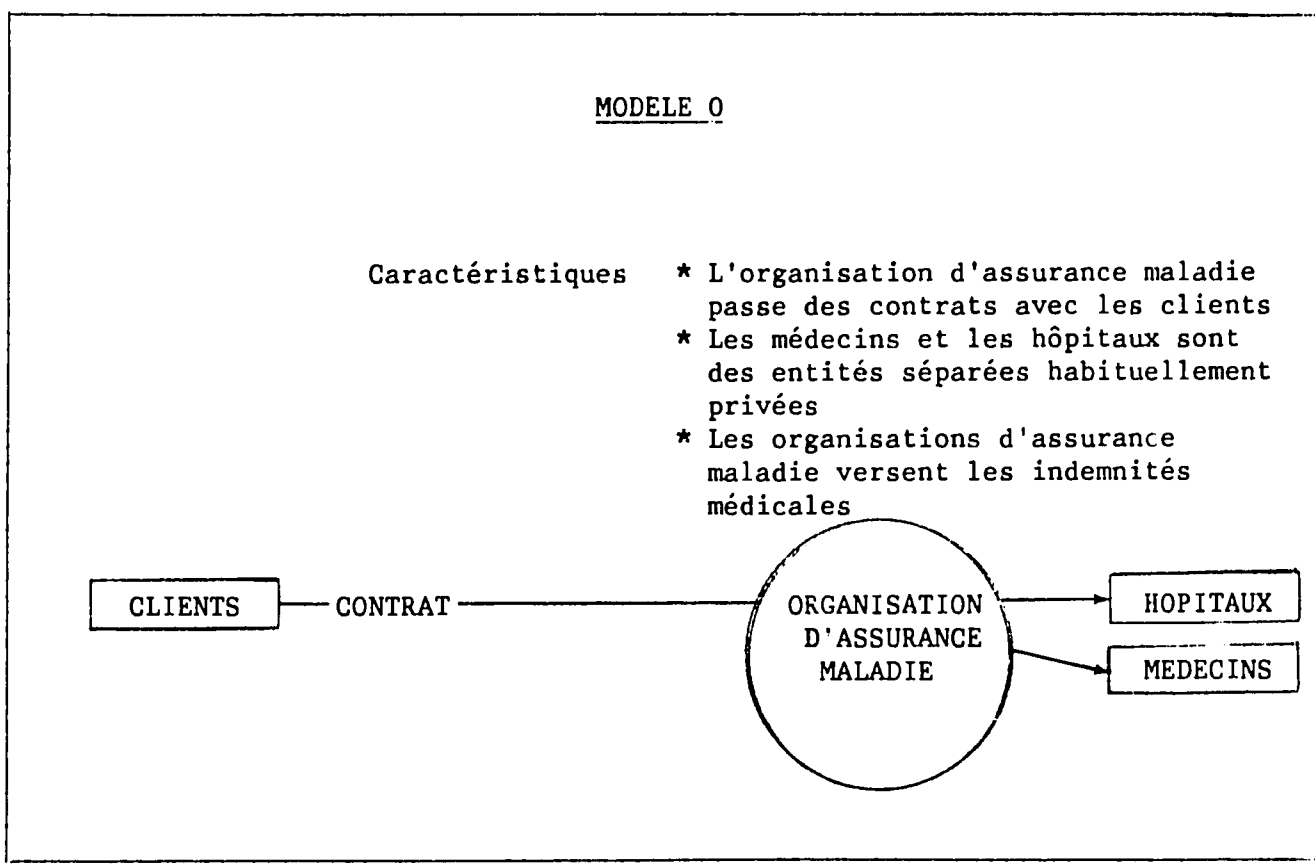
On peut également réduire les coûts et l'utilisation en faisant participer l'assuré aux frais. Cela peut se faire de différentes manières, par exemple par le biais de "montants déductibles" ou de "co-paiements". L'assuré peut avoir à payer un montant spécifié pour n'importe quel type de service, avant que l'assurance n'entre en jeu et paye la différence. Ou encore les coûts des soins sont divisés selon un pourcentage décidé à l'avance, par exemple l'assuré prend à sa charge 20% et la compagnie d'assurance 80%. Bien des assurances prévoient de couvrir à 100% les frais quand ceux-ci dépassent un certain montant pour le cas de "maladies graves" spécifiques telles que le cancer.

Certains programmes d'assurance fixe des limites au montant couvert par la compagnie d'assurance, soit en termes monétaires ou en termes de quantité de services prêtés. Par exemple, certaines assurances peuvent couvrir les assurés jusqu'à concurrence de 365 jours de soins hospitaliers par an et d'autres peuvent limiter leur couverture à 50 ou 100 jours par an. En plus, certaines assurances ne prévoient pas le remboursement des soins dentaires, des frais d'opticiens, ou des traitements psychiatriques.

En général, c'est une compagnie d'assurance commerciale, une organisation à but non lucratif ou une agence gouvernementale qui parrainent les assurances maladies fondées sur le remboursement par tiers payant. Le montant à payer pour bénéficier de l'assurance détermine quelles sont les services de santé fournis et le degré de participation aux frais de la part des assurés.

De nombreux programmes du type tiers payant couvrent les soins donnés à un patient hospitalisé mais refusent le remboursement des mêmes services s'ils sont fournis en consultations externes.

Malgré ces inconvénients, le remboursement par tiers payant et une forme très courante d'assurance maladie quand on tient à encourager l'exercice privée pour les médecins. Bien que d'habitude, ce soient les compagnies d'assurance commerciales qui vendent ces assurances, il n'y a aucune raison empêchant un organisme gouvernemental de jouer le rôle de tierce partie ou "d'intermédiaire financier" entre le consommateur et le fournisseur. En plus, un intermédiaire financier peut établir des normes et contrôler l'utilisation pour qu'on puisse contrôler les coûts, l'utilisation et la qualité des services.



Par exemple, aux Etats-Unis, Blue Cross et l'assurance maladie offerte dans d'autres pays par American International Life Insurance Company sont des exemples d'assurance maladie du type indemnité. Le modèle O présente sous forme de graphique les relations existantes entre le consommateur, la compagnie d'assurance et ceux qui fournissent les services.

3.2 Prépaiement fixe per capita lié à la prestation des services de santé complets

Un des inconvénients les plus sérieux et le plus souvent mentionné dans le cas des assurances maladies/indemnité (tiers payant) est qu'elles tendent à fragmenter le système de prestations des soins de santé et que cela débouche sur une hyper-spécialisation et trop de construction d'hôpitaux.

L'hyper-spécialisation entraîne des honoraires plus élevés pour des soins prêtés par des spécialistes, des soins hospitaliers utilisés plus souvent que nécessaire, et une tendance à traiter les symptômes dans les limites d'une seule spécialisation. On attribue souvent ces problèmes au mode de paiement du personnel médical - les assurances maladies/tiers payant traditionnelles ont été conçues au départ pour couvrir les coûts des soins hospitaliers plûtot que les soins de santé tout courts. Bien qu'avec le temps cette couverture s'est relativement étendue, la plupart des polices avec tiers payants concernent surtout le traitement de maladies et un bon nombre ne couvrent pas les services de santé préventifs.

Le réseau traditionnel et non-structuré des médecins indépendants est un labyrinthe inaccessible, peu pratique, embrouillé et cher pour ceux ayant besoin de soins de santé. Bien des consommateurs, incapables de trouver la bonne porte d'entrée au système se réfèrent eux-mêmes et souvent de manière inappropriée.

Pour répondre à tous ces problèmes, on a élaboré les OMS. Une OMS devrait plutôt être vue comme un système et non comme une organisation. A l'encontre des systèmes fragmentés de prestations de soins de santé, le système de l'OMS fournit des services de santé complets et les compétences et responsabilités pour toutes les diverses composantes sont clairement définies.

Le trait qui distingue le plus les OMS des autres systèmes de financement et de prestations sanitaires est que les OMS combinent à l'intérieur d'un système organisé l'aspect financier et l'aspect prestation. Cette combinaison comporte un risque financier pour ceux qui fournissent les services de santé. Dans le cadre des programmes de soins privés et traditionnels, le personnel de santé est d'habitude remboursé par une tierce partie avec laquelle ils n'a aucune relation organisationnelle. En effet il est courant que les tiers payants ne limitent pas le total des ressources financières disponibles pour payer les soins de santé et par conséquent ce système ne comporte pas de risque financier pour le personnel de santé.

3.2.1 Le concept d'OMS

Organisés comme système, les OMS regroupent les nombreux éléments faisant partie des prestations sanitaires et cela d'une façon efficace, logique et cohésive. Contrairement à la fragmentation qu'on trouve dans le système traditionnel reposant sur des honoraires, les OMS fournissent à leurs cotisants des services de santé complets, 24 heures sur 24, pendant les sept jours de la semaine. L'accès aux soins, au moment opportun, est garanti par contrat. On s'occupe des problèmes de santé de manière efficace en donnant une place spéciale aux médecins de premier recours qui aiguillonnent les membres à travers les divers niveaux et sources de soins. Quand on connaît les besoins et demandes, on peut planifier de manière plus appropriée les ressources dont on a besoin.

Les OMS économisent surtout en réduisant le taux d'utilisation des hôpitaux. Grâce à davantage de consultations externes et à une utilisation plus appropriée des hôpitaux, on arrive souvent à économiser 20% ou plus par rapport au système traditionnel des honoraires.

La discussion qui va suivre sur les différentes options de modèles d'OMS indique comment on peut compenser les médecins, entre autres par salaires, rénumération forfaitaire par personne, honoraires, primes, etc... Par contre les frais d'hospitalisation sont presque toujours règlés de façon traditionnelle, à savoir par facture, honoraires réduits pour rapidité de paiement et nombre de patients, tarif fixe par jour d'hospitalisation etc...

3.2.2 Comment les OMS font face aux problèmes actuels

Selon Zelten "les OMS regroupent les flux des services à travers le système de prestations sanitaires. Combiner les fonctions financières et les prestations rend le personnel de santé plus responsable du point de vue fiscal. Changer le système des honoraires permet de mieux aligner les objectifs des pourvoyeurs et ceux des consommateurs. Se limiter à un plafond de crédits fixe, lesquels devront servir à payer les services de santé de toute la population est pour le personnel de santé une incitation à regarder de plus près les coûts et le rendement non seulement par rapport à leurs propres actions mais aussi par rapport à celles de leurs collègues 1/."

Le programme des services de santé d'une OMS insiste sur des soins complets et continus. On tient avant tout à réduire le nombre des

---

1/ Robert A. Zelten "Document publié No. 3 - Options de modèles d'OMS" Université de Pennsylvania (paru en 1979). L'article de Zelten a été utilisé pour rédiger ce chapitre et nous lui en sommes très reconnaissants.

hospitalisations qui ne sont pas nécessaires car les soins hospitaliers représentent les frais les plus importants des prestations sanitaires. Dans le cas d'une assurance maladie traditionnelle, les frais d'hospitalisation peuvent absorber plus de 75 pour cent de l'argent dépensé. Dans une OMS bien gérée, les frais d'hospitalisation représentent moins de 50% des dépenses totales et dans certains cas seulement un tiers.

Souvent les polices d'assurance maladie traditionnelles ne couvrent que partiellement les consultations externes, ce qui augmente le coût des soins et rend l'accès des soins plus difficile. Une OMS par contre encourage l'utilisation des consultations externes, permettant ainsi un meilleur accès à ce type de services ainsi qu'une réduction des coûts.

Il est absolument nécessaire qu'un système d'assurance maladie dispose des statistiques et des données de base sur les coûts. L'OMS, étant un système très organisé et très planifié, collecte en général des données utiles permettant de voir dans quelle mesure on satisfait les besoins en soins de santé des clients et permettant également de mesurer le rendement des activités. Si on connaît les besoins et les modes d'utilisation des services d'une population donnée, l'OMS peut prévoir de manière assez exacte le type et le niveau de services à prêter ainsi que les ressources nécessaires.

Toutefois la question suivante a été soulevée: comment peut-on s'assurer que les cotisants recevront les soins appropriés? En effet les médecins et les hôpitaux sont payés qu'ils dispensent des soins ou non. Cela pourrait inciter le personnel de santé à ne pas prêter les services afin d'accroître leur gain financier.

Ce problème est abordé de plusieurs manières. Le Kaiser-Permanente Medical Care Program (le Programme de soins médicaux Kaiser-Permanente), qui est de loin la plus importante OMS au monde, a toujours insisté pour donner au

moins un autre choix d'assurance maladie à ses éventuelles adhérents. En plus, les membres ont la possibilité de changer de compagnie d'assurance au moins une fois par an au cas où ils ne seraient pas satisfaits des services de Kaiser. Une autre technique est de mettre en place un mécanisme permettant de faire participer le client à certaines décisions relatives à la prestation des services, aux établissements sanitaires, etc... Aux Etats-Unis, la participation limitée des cotisants est à présent obligatoire pour qu'une OMS reçoive l'approbation et le soutien du Gouvernement fédéral. Une autre manière encore de maintenir la qualité des soins est d'établir un lien entre les OMS, les écoles de médecine et les programmes de formation pour médecins. Prises ensemble ces mesures permettent de garder l'OMS "honnête".

3.2.3 Différentes options de modèles d'OMS

Aux Etats-Unis, les lois fédérales et autres règlementations connexes régissant les OMS distinguent trois modèles différents du point de vue organisation des médecins: le modèle du personnel, le modèle du groupe, le modèle de l'association de cabinets individuels ou indépendants. Cependant, d'autres caractéristiques peuvent différencier les OMS, par exemple on peut distinguer entre les OMS qui sont propriétaires ou contrôlent leurs propres hôpitaux et celles qui sous-traîtent pour les soins hospitaliers.

Pour ce qui est des médecins, les trois organisations sont en gros les suivantes:

- Modèle du personnel: Les professionnels de la santé, y compris les médecins, sont des employés de l'OMS et touchent en règle générale un salaire. L'OMS si elle a besoin d'un personnel supplémentaire (par exemple pour référer aux spécialistes) peut passer un contrat avec des ressources externes, et ces personnes sont généralement payées par honoraires ou à l'heure.

- Modèle de groupe: les médecins qui exercent dans le cadre d'un groupe avec des modalités différentes - sociétés, association etc. constituent une entité juridique distincte de l'OMS.

- Association de cabinets indépendants (ACI). Il s'agit là aussi d'une entité juridique distincte de l'OMS, généralement une société ou une association. L'OMS passe des contrats avec l'association et celle-ci, à son tour, sous-traîte avec des médecins qui s'occuperont des membres de l'OMS. Les accords de services passés entre l'association et les médecins définissent les conditions sous lesquelles les médecins donnent les soins, y compris les dispositions de compensation, une accessibilité garantie pour les membres de l'OMS, une assurance de qualité, etc.

Si l'on tient compte des diverses dispositions concernant aussi bien les médecins que les hôpitaux, on peut placer pratiquement toutes les OMS fonctionnant à l'heure actuelle dans huit configurations organisationnelles, que ce soit aux Etats-Unis, en Corée du Sud, au Brésil, en Argentine ou ailleurs.

Nous ne nous occupons ici que des relations existant entre trois éléments-clés des OMS: les hôpitaux, les médecins et le plan ou l'organisation qui passe les contrats avec les membres c'est-à-dire la population desservie. Bien que l'organisation puisse passer des contrats pour divers services administratifs tels que le traitement de données, les services des actuaires etc., ces dispositions contractuelles ne feront pas partie de la présente discussion. Par conséquent, les huit modèles présents différencient les OMS selon la manière dont leurs services médicaux sont organisés. En plus le choix d'un modèle donné entraînera d'importantes conséquences juridiques, financières et commerciales tel que nous le verrons un peu plus loin dans ce guide de faisabilité.

En ce qui concerne les dispositions concernant les hôpitaux, les modèles d'OMS peuvent être divisés en deux groupes: celle qui sont proprié- taires ou qui contrôlent leurs propres hôpitaux et celles qui passent des contrats pour les soins hospitaliers. Bien qu'en règle générale les contrats soient passés avec les hôpitaux privés ou à but non lucratif, des dispositions peuvent également être prises avec des hôpitaux publics. Avoir la capacité de contrôler l'accessibilité aux hôpitaux et les activités de ces établissements est essentielle pour une OMS, et de ce fait beaucoup d'OMS importantes insistent pour posséder en propre leurs hôpitaux chaque fois que c'est possible.

Dans le cas des deux premiers modèles que nous allons discuter l'OMS est propriétaire ou contrôle ses propres hôpitaux. Pour les modèles III à VIII, l'OMS passe des contrats pour les soins hospitaliers.

Les modèles I à IV sont différents des quatres modèles suivants du point de vue organisation des médecins. En effet, dans les modèles I à IV ces médecins, en tant que personnel de l'OMS ou en tant que groupes sont regroupés dans le seul but de fournir des services aux clients de l'OMS. Pour ces OMS, il sera nécessaire au début de leurs activités de se procurer les services de médecins supplémentaires jusqu'au moment où le nombre de cotisants de l'OMS permettra à celle-ci de payer pour de tels services (d'habitude ceux des spécialistes) en recrutant pour son compte un personnel à plein temps.

Dans le cadre des deux modèles suivants V and VI, on fait également appel à des médecins exerçant en groupes, mais dans le cas présent les médecins ont déjà établi une médecine de groupe sur la base de services payants et travaille sous contrat avec l'OMS.

Les modèles VII et VIII examinent différents arrangements avec les médecins exerçant dans leurs propres cabinets.

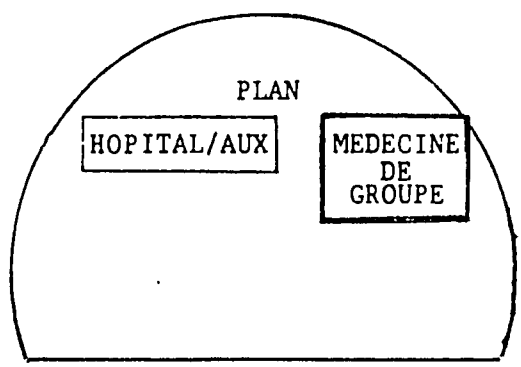
3.2.3.1 Modèles I et II: L'OMS possède ou contrôle l'hôpital

Modèle I

Dans le modèle I, l'OMS est une organisation extrêmement intégrée qui possède ou contrôle son propre hôpital et qui emploie des médecins en tant que membres de son personnel. Suivant la taille et l'emplacement de l'OMS, il peut y avoir un ou plusieurs endroits où les membres de l'OMS peuvent recevoir les soins de santé. En règle générale, seuls les membres de l'OMS peuvent avoir accès au système. La relation entre le plan, l'hôpital et les médecins peut être représentée de la manière suivante:

MODELE I

CHARACTERISTIQUES:
* OMS possède ou contrôle son propre hôpital(s)
* Médecins sont des employés de l'OMS
* Médecins exercent en groupes



Ce modèle comporte de nombreux avantages. L'OMS contrôle les ressources et les activités y compris les différents aspects des soins de santé. Une fois qu'on connaît la taille de la population qui devra être desservie et les differentes nécessités à prévoir en matière de services, on peut estimer de façon assez exacte le nombre de lits d'hôpital et les autres ressources.

En utilisant un seul numéro pour chaque patient, quelque que soit le service médical dont il a besoin, on peut avoir un dossier médical composé pour chaque membre qui englobe aussi bien les consultations externes et les services recevant les malades hospitalisés.

Si les services de consultations externes et les services recevant les malades hospitalisés partagent tout deux les services de diagnostic et de traitement, on peut non seulement économiser sur les coûts et améliorer le rendement, mais également éviter d'avoir des services qui fond double emploi.

D'un point de vue conceptuel, ce modèle ressemble à bien des égards à un établissement de santé public à la différence que le modèle est une organisation privée.

SAMCIL, une importante OMS à Sao Paulo au Brésil est un exemple du modèle I.

Dans bien des pays, des hôpitaux privés qui emploient des médecins comme salariés, et qui en même temps fournissent des services payants, travaillent sous contrat avec les industries en vue de fournir des services de santé à leurs employés. Convertir ces établissements en OMS ne devrait pas présenter trop de difficultés.

Modèle II

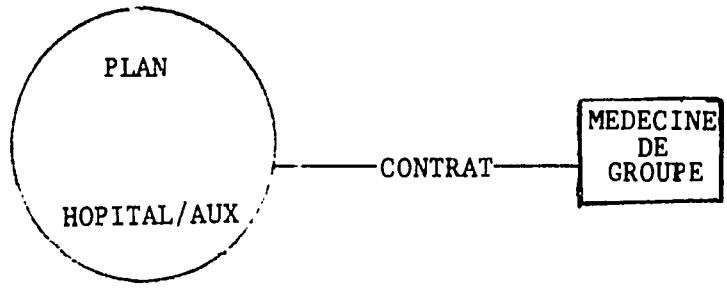
Dans le cas du modèle II, les OMS possèdent également en propre ou contrôlent leurs établissements hospitaliers. Alors que dans le modèle I les médecins font partie du personnel des établissements sanitaires, dans le modèle II les médecins sont organisés en groupes qui prennent la forme soit d'une société ou d'une association. Chaque groupe de médecins travaille sous contrat avec le plan aux fins de fournir les services médicaux nécessaires aux membres de l'OMS. Si certains de ces membres doivent être référés à d'autres services, le groupe de médecins sous-traitent pour ces services et en assument les frais comme faisant partie de ses obligations envers l'OMS.

Dans un modèle II typique, le groupe de médecins négocie son contrat avec l'OMS sur la base d'une rénumération forfaitaire par personne, c'est-à-dire un montant spécifique par membre bénéficiant des services.

MODELE II

CARACTERISTIQUES:

* OMS POSSEDE OU CONTROLE SON HOPITAL OU SES PROPRES HOPITAUX
* LES MEDECINS SONT DES MEMBRES D'UNE ENTITE JURIDIQUE SEPAREE
* LES MEDECINS TRAVAILLENT EN GROUPES
* L'ORGANISATION DES MEDECINS TRAVAILLENT SOUS CONTRAT AVEC L'OMS



Kaiser-Permanente Medical Care Program, la plus grande OMS aux Etats-Unis est un type de modèle II. Un autre exemple est celui d'une OMS fondée il y a longtemps à Cordoba en Argentine. Incidemment, la représen- tation schématique du modèle II telle qu'elle est présentée prête légèrement à confusion. Dans le Kaiser-Permanente, les hôpitaux et autres établissements ne font pas partie du plan d'un point de vue organisationnel. L'organisation passe des contrats avec l'hôpital sur une base annuelle, aux termes desquels l'établissement hospitalier fournit les services aux membres de l'OMS. Etant donné qu'en règle générale, l'hôpital et le plan ont le même conseil d'administration on peut, à des fins pratiques, considérer que le plan et les hôpitaux constituent plus ou moins une même entité.

Quels sont les facteurs qui influencent les dispositions concernant les médecins au sein de ces modèles? Tout d'abord la taille de l'OMS. Il faut avoir un nombre de cotisants bien plus important si on veut travailler avec un groupe médical sur la base d'une rénumération forfaitaire par personne que pour le cas où le plan a son propre personnel. Deuxièmement toutes choses étant égales, les médecins généralement préfèrent gérer leurs propres affaires. En s'organisant en groupes, ils ont plus d'influence sur les politiques sanitaires et ils sont plus forts pour négocier leurs conditions de service.

Bien qu'en général il soit avantageux pour une OMS de posséder en propre ou de contrôler ses installations, il y a certains obstacles: le principal étant le nombre d'adhérents. Par exemple, si on suppose 1,6 lits par 1000 membres, et une utilisation de 500 jours d'hospitalisation par 1000 membres, il faudrait 125.000 membres pour assumer les charges financières d'un hôpital de 200 lits.

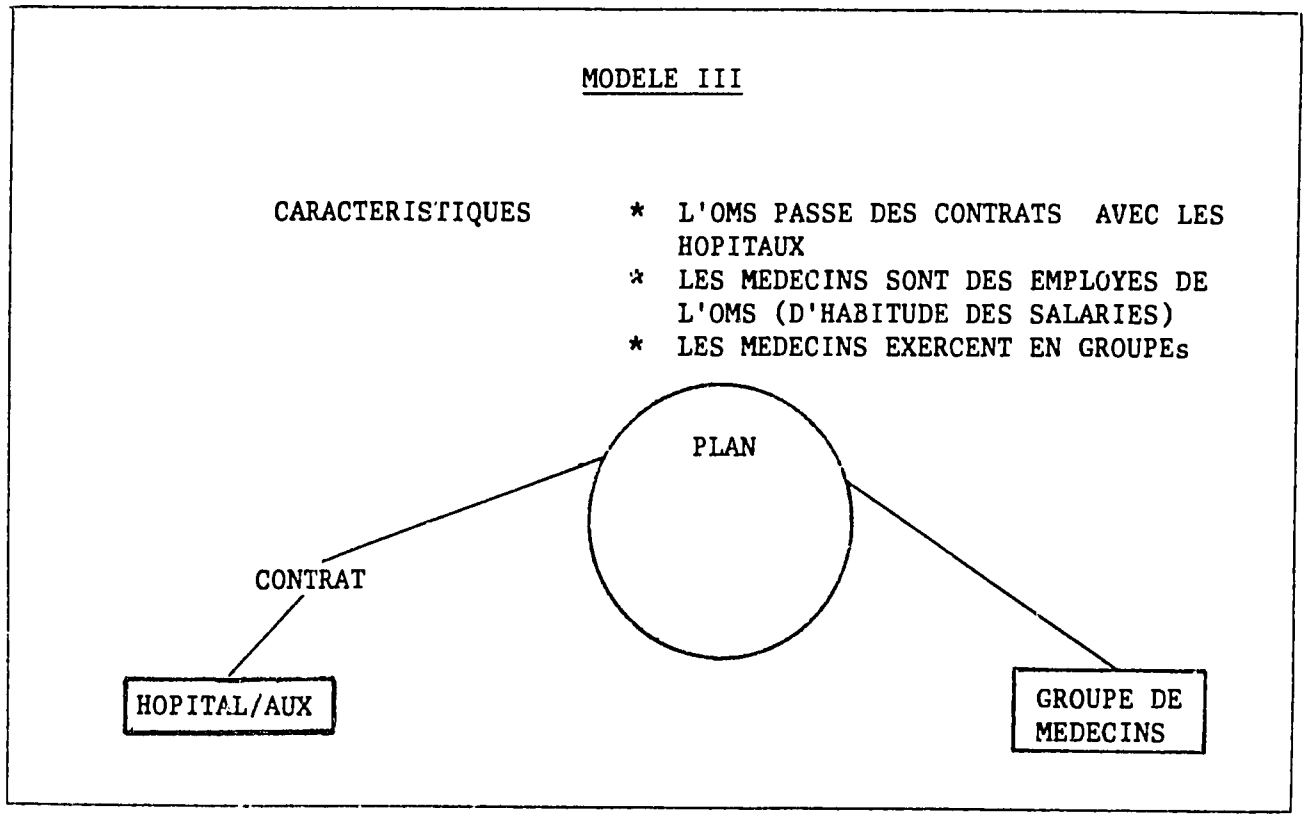
3.2.3.2 Modèles III - VIII: L'OMS passe des contrats pour les soins hospitaliers

Si l'OMS ne possède pas en propre ses hôpitaux, elle prend des dispositions pour que les membres reçoivent des services dans des établissements de santé privés ou publics. Ces dispositions peuvent se faire soit sur la base des frais d'hospitalisation, du remboursement des frais ou d'un taux négocié par rapport à une formule acceptée au préalable.

De nombreux facteurs influencent le schème des dispositions avec les hôpitaux. Parmi les plus importants, on peut noter les besoins de l'hôpital, la taille et la structure de l'OMS et ses relations avec l'hôpital proprement dit et avec la communauté.

Modèle III

Ce modèle est surtout un modèle de personnel où l'OMS passe des contrats avec les hôpitaux disponibles pour les services hospitaliers et, dans certains cas, de consultations externes. Le modèle III, relativement facile à organiser est présenté graphiquement ci-dessous.

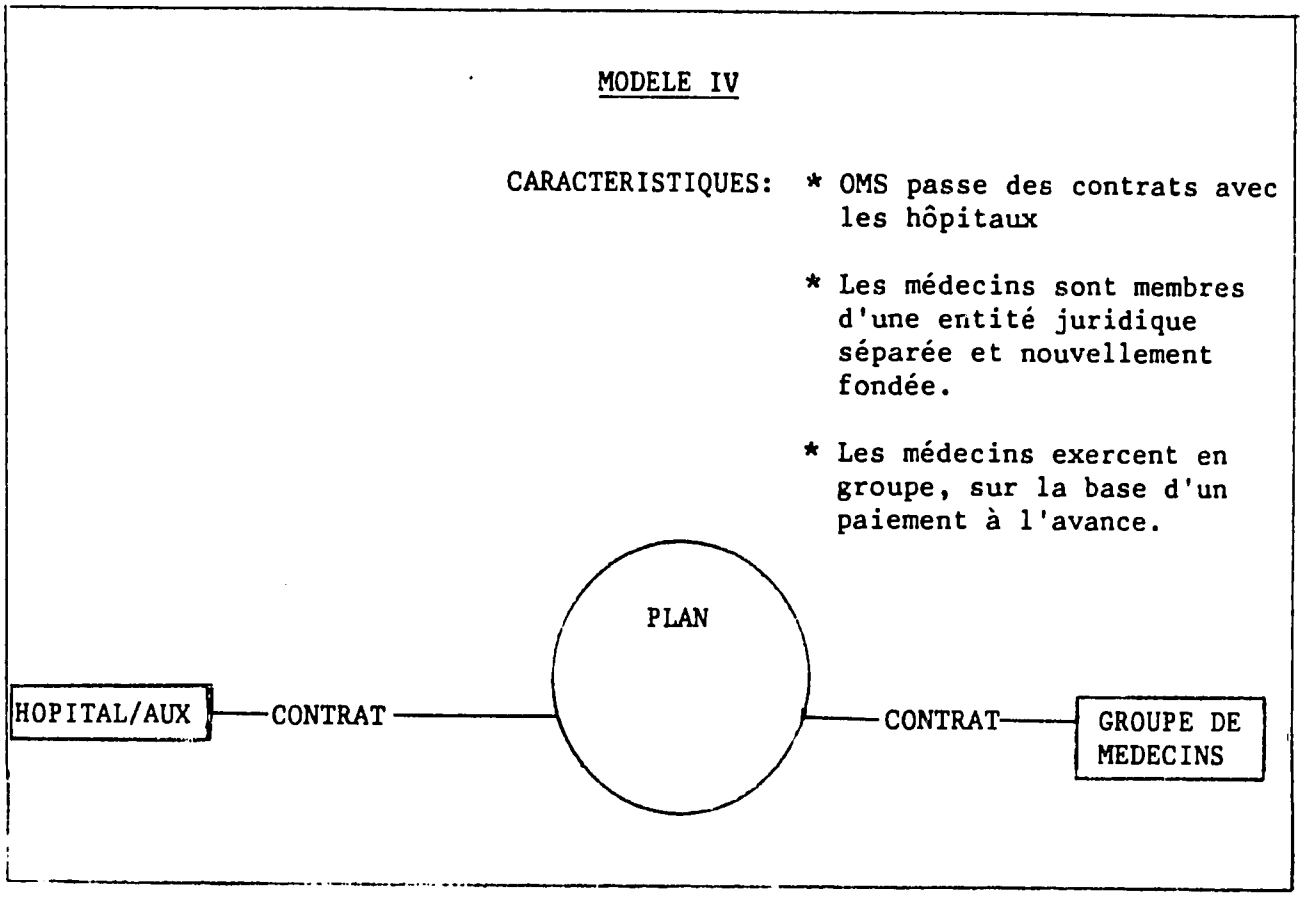


En négociant les services pour les malades hospitalisés, l'OMS prépare en premier lieu une liste de conditions requises. Par exemple, il peut s'agir de certaines spécifications concernant un plafond de frais d'hospitalisation à ne pas dépasser, un accord stipulant qu'aucun test de laboratoire ou examen radiographique ne sera requis à l'admission, si ces examens ont déjà été faits par l'OMS peu avant l'admission, la garantie que les médecins qualifiés associés à l'OMS bénéficieront de tous les avantages accordés au personnel.

MODELE IV

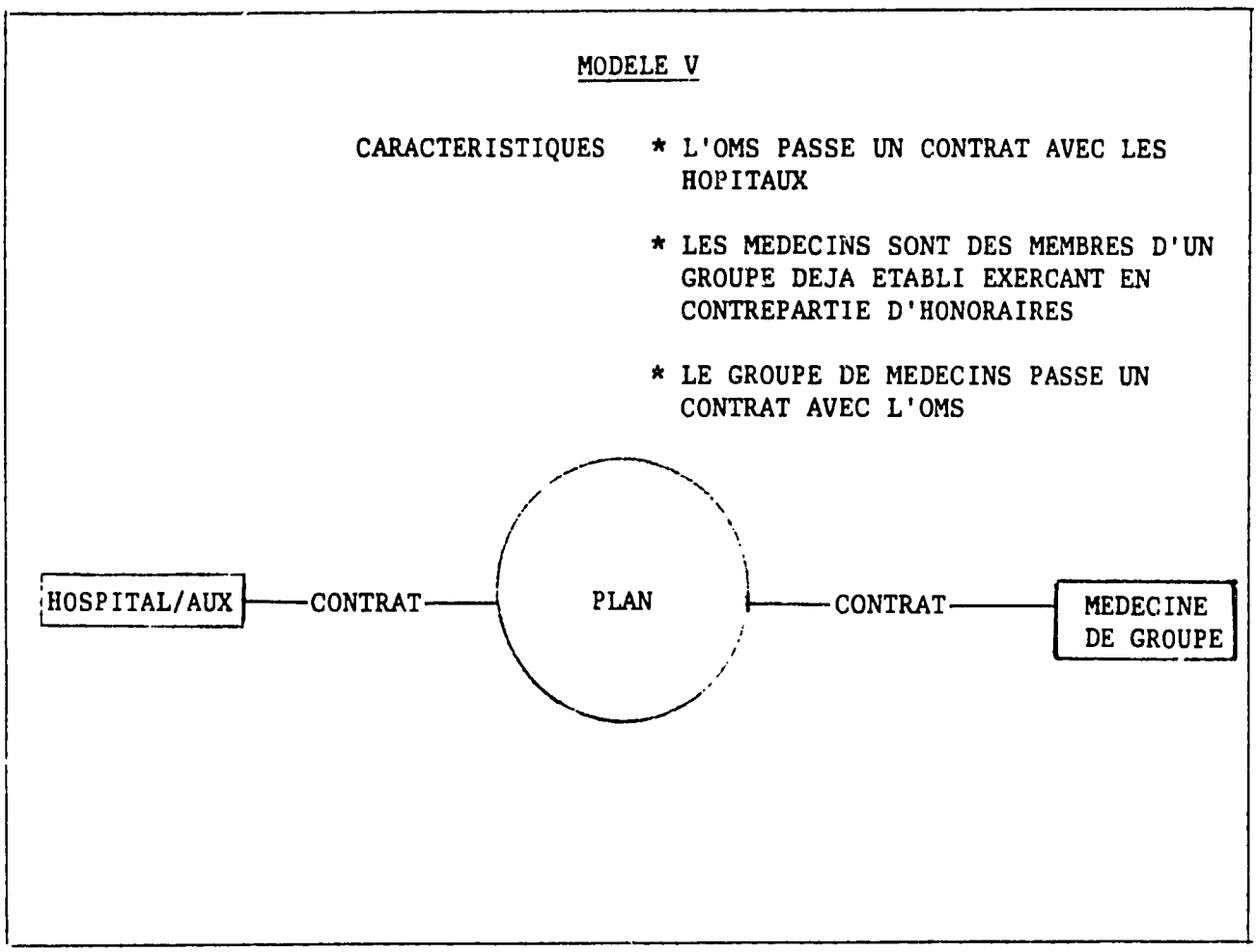
Les modèles III et IV sont semblables, si ce n'est que les médecins ne sont pas employés par le plan comme dans le Modèle III, mais dans le Modèle IV ils sont organisés en un groupe qui est séparé du plan. Généralement, le groupe de médecins ne s'occupe que des membres de l'OMS, excepté, bien sûr, dans les cas d'urgence.

La structure organisationnelle du Modèle IV est présenté ci-dessous:



Modèle V

Dans le modèle V, présenté ci-dessus, l'OMS passe des contrats avec des médecins exerçant en groupe et dont les services professionnels sont fournis en contrepartie d'honoraires.



En observant les schémas des modèles IV et V, on remarque qu'ils sont identiques. Toutefois, dans le modèle IV, le groupe de médecins est nouvellement formé en vue de fournir des soins prépayés, alors que les services des médecins dans le modèle V sont fournis par un groupe existant déjà, qui en règle générale regroupe plusieurs spécialités et qui fonctionne en contrepartie d'honoraires.

Il y a également une différence dans le degré d'engagement des deux groupes de médecins en matière de services prépayés. Dans le modèle IV il s'agit d'un engagement total. Dans le modèle V, les soins dispensés d'après une formule de prépaiement ne représentent en règle générale qu'une faible

partie des activités de la médecine de groupe. Malgré cette différence en termes d'engagement, il peut être profitable pour une OMS nouvellement créée de travailler avec une médecine de groupe déjà en place, car cela nécessitera peu d'efforts d'organisation.

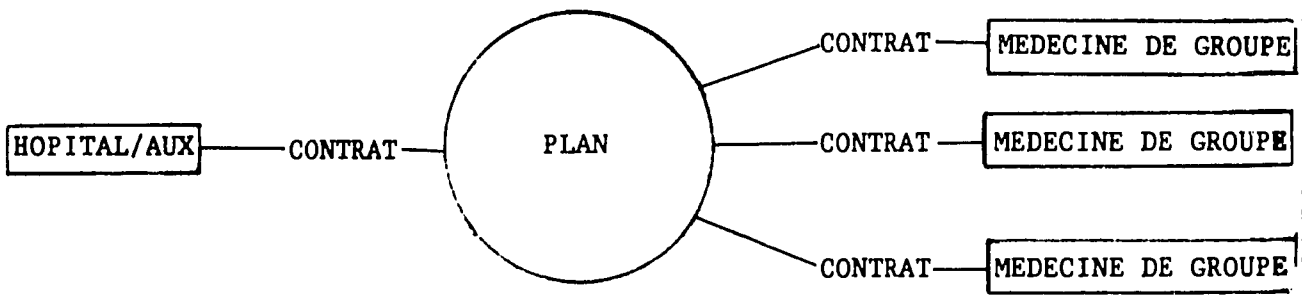
Modèle VI

Dans le cas où une OMS couvre une région trop grande pour être desservie par une seule médecine de groupe ou alors si l'on tient à utiliser des associations travaillant dans une seule spécialité, on fonde un réseau de médecine de groupe. La représentation graphique d'une telle disposition est donnée à la page suivante.

En général, on trouve le modèle VI dans les grandes zones urbaines où l'OMS ne compte pas assez de cotisants pour pouvoir fournir les soins dans un seul établissement de santé. Cependant ce modèle pourrait également être appliqué dans les zones rurales en faisant appel aux services de petites associations de médecins.

MODELE VI

CHARACTERISTIQUES:
* OMS PASSE UN CONTRAT AVEC LES HOPITAUX
* LES MEDECINS SONT DES MEMBRES D'UN GROUPE DEJA ETABLI EXERCANT EN CONTREPARTIE D'HONORAIRES
* L'ASSOCIATION DE MEDECINS PASSE UN CONTRAT AVEC L'OMS



Il se peut qu'il soit plus difficile d'organiser et de gérer les activités d'une OMS de ce modèle étant donné que les différentes associations de médecin sont indépendantes et ne sont pas liées les uns aux autres.

Modèles VII et VIII: Les médecins exercent dans leurs propres cabinets

Les modèles VII et VIII représentent des OMS organisés en ce qu'on appelle généralement des "associations de cabinets indépendants" ou des programmes à "panneau ouvert". Dans les deux cas, les médecins n'exercent pas au sein d'un groupe mais plutôt dans le cadre de leurs propres cabinets.

L'expression Association de cabinets indépendants (ACI) est un terme utilisé aux Etats-Unis et qui ne s'applique à proprement parler qu'à la composante médecins d'une OMS. L'ACI est une entité ou une association professionnelle qui est juridiquement séparée de l'OMS. Elle permet à des médecins qui travaillent sur une base d'honoraires de participer à des programmes stipulant un prépaiement, cela toutefois à certaines conditions. D'habitude ces conditions requièrent que les médecins soient d'accord pour:

- suivre et respecter les politiques, règles et règlementations de l'ACI.
- se conformer aux procédures établies par l'ACI destinés à s'assurer de la qualité
- accepter que le paiement complet pour les services fournis est égal à la compensation stipulée dans le contrat passé entre l'ACI etles autres parties contractantes.
- accepter d'assumer, en partie ou en intégralité, les risques financiers pouvant survenir quand on fournit des services de santé à des membres d'une OMS dans les limites d'un budget fixé.

L'ACI est un modèle d'OMS plutôt compliqué qui exige non seulement que des contrats individuels soient passés avec chaque médecin participant mais aussi avec les hôpitaux et les membres des OMS. Bien que l'ACI conclut elle-même les accords de service avec les médecins et qu'elle soit responsable de fournir les services aux membres des OMS, il est assez fréquent que la partie gestion du plan de l'OMS s'occupe des différentes fonctions consistant à payer le personnel de santé, à contrôler les résultats des activités de ce même personnel ainsi que l'utilisation des services.

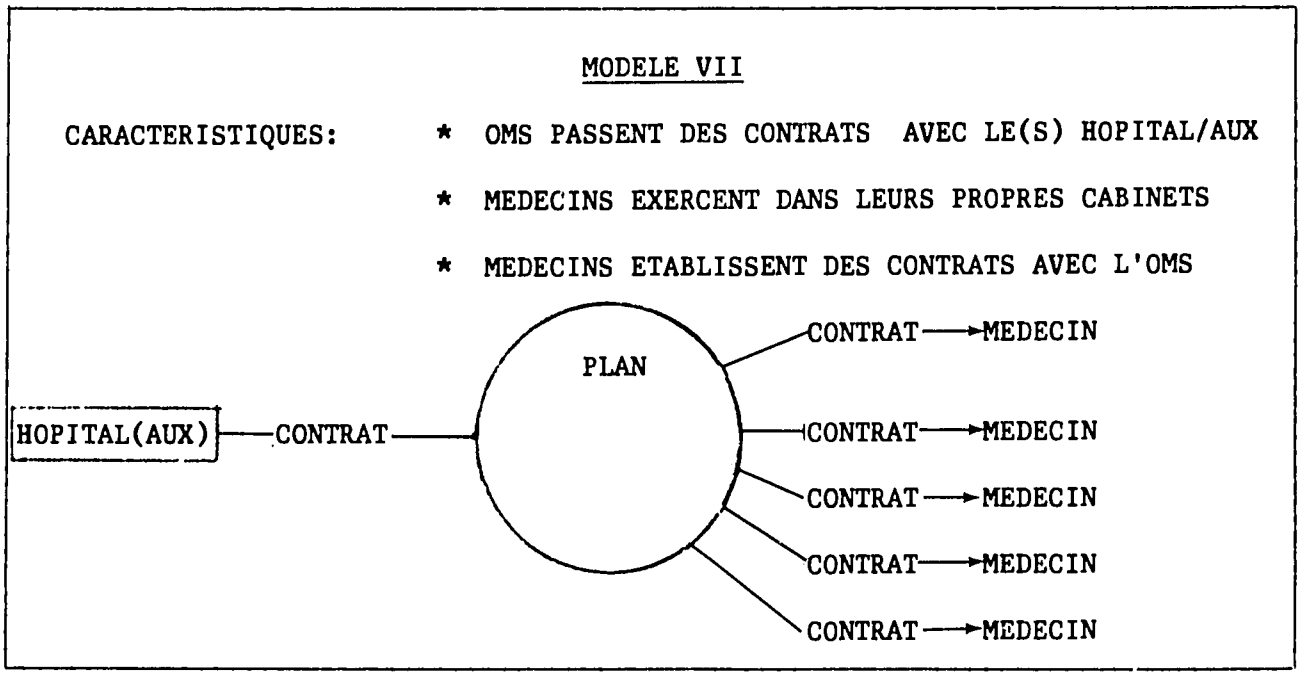
Il y a énormément de variantes dans les plans des ACI concernant les conditions de participation des médecins. Un programme dont les diverses dispositions prévoient que tout médecin qualifié peut participer sont appelés programme à "panneau ouvert".

Les médecins qui participent au modèle VII sont généralement déjà établis dans leurs propres cabinets, individuellement ou au sein d'une médecine de groupe comptant un nombre restreint de praticiens, souvent spécialistes d'une seule discipline. La participation peut varier, allant de groupes très larges à des groupes plus limités tel que par exemple le personnel médical d'un seul hôpital.

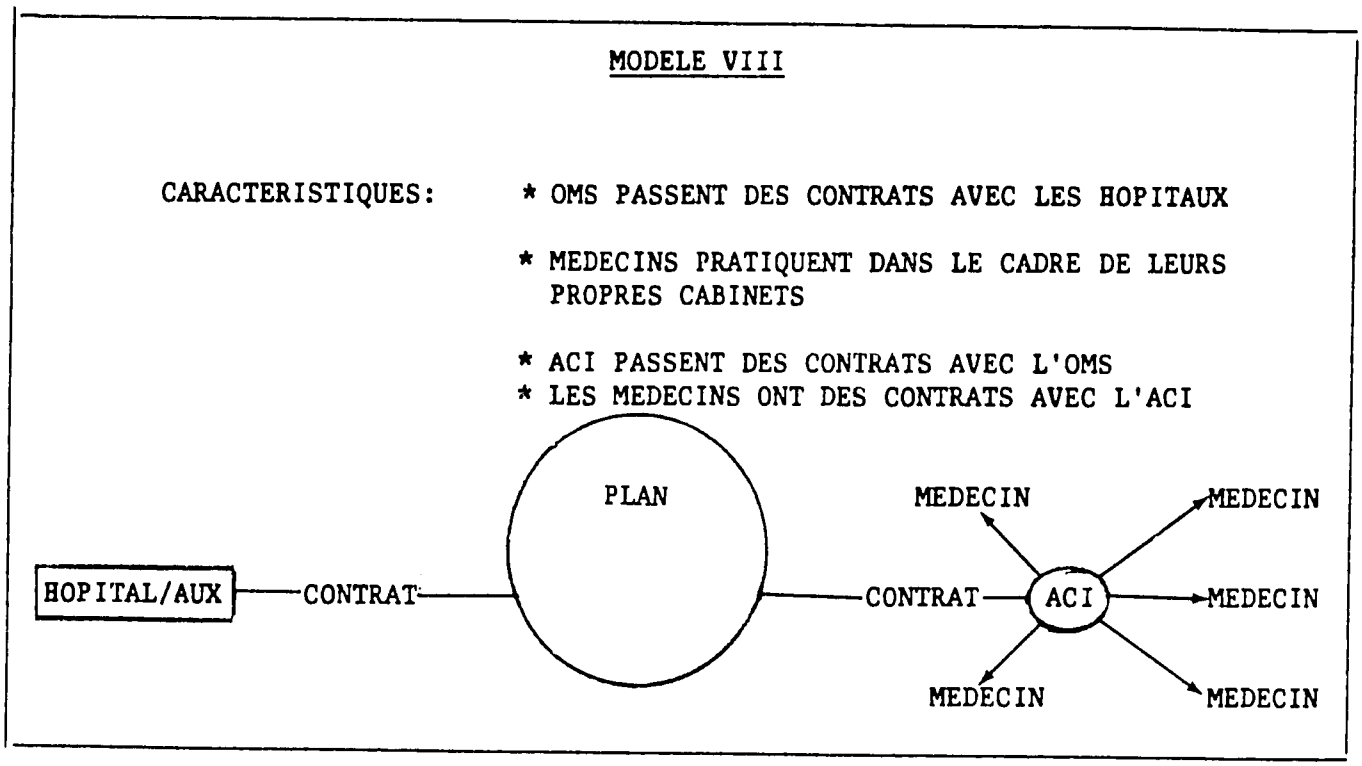
Bien qu'on les considère comme faisant partie des ACI, les médecins de groupe n'entrent pas dans le cadre du modèle VII. Chaque médecin a un contrat avec l'OMS. Ce contrat stipule les responsabilités des différentes parties et le mode de remboursement du médecin. Généralement, les médecins sont payés sur la base d'honoraires. Toutefois, il y a un risque financier dans la mesure où il y a un montant fixe de couverture des soins. Une fois ce montant épuisé, les médecins sont tenus de continuer à fournir les services sans être payés.

A l'instar des modèles V et VI, dans le modèle VII les médecins privés acceptent d'intégrer à leur clientèle des patients qui ont versé une somme forfaitaire. D'habitude, ces patients qui font partie de l'OMS ne constituent qu'une faible proportion de la clientèle totale des médecins. Le modèle VII est généralement une organisation peu structurée et les communications entre la direction et les médecins participants peuvent être compliquées. De ce fait si l'on veut que le modèle fonctionne bien, il faut mettre en place un bon système de supervision pour contrôler la qualité des soins et l'utilisation des services.

Ces deux modèles d'ACI présentent plusieurs avantages par rapport aux autres modèles. Premièrement, les médecins peuvent participer au programme de l'OMS tout en gardant leur clientèle privée. Deuxièmement, les futurs membres de l'OMS n'ont pas besoin de changer de médecin, et par conséquent, le marché dans le cas de ce modèle peut être bien plus important que pour les autres modèles d'OMS.



Le modèle VIII, indiqué ci-dessous, est différent du modèle VII. En effet, dans le cadre du modèle VIII, les praticiens font partie d'une organisation indépendante, l'association de cabinets indépendants. L'OMS passe des contrats avec l'ACI, puis l'ACI à son tour passe des contrats avec chaque médecin participant, alors que dans le cas du modèle VII, le médecin traite directement avec l'OMS. Bien que du point de vue organisationnel ils soient différents, les modèles VII et VIII fonctionnent de la même manière.



3.3. Soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale

Pratiquement la moitié des pays du monde ont établi des programmes d'assurances sociales pour maladies et/ou maternité dans le cadre de la sécurité sociale. Ces programmes représentent surtout des avantages en espèce. De la même façon, ces avantages existent fréquemment pour les accidents ou maladies de travail.

Le système de soins de santé prêtés dans le cadre d'établissements sanitaires étatiques ou faisant partie de la sécurité sociale se trouvent souvent en Amérique latine ou dans d'autres parties du monde (Grèce, Turquie, Birmanie). La couverture sanitaire accordée par la sécurité sociale et le pourcentage de coûts à la charge de l'assuré et de la sécurité sociale varient considérablement d'un pays à l'autre.

En Amérique latine, les programmes de sécurité sociale ont des configurations et des dispositions très différentes. Les conditions de participation varient au même titre que le pourcentage de couverture ou de services.

Dans certains pays, les services de santé de la sécurité sociale sont intégrés à ceux du Ministère de la Santé. Au sein d'un seul pays, comme par exemple à Panama, on peut trouver plusieurs modes d'intégration entre la sécurité sociale et d'autres organisations de santé publique.

Pour avoir des programmes de santé plus souples, bien des organismes de sécurité sociale ont mis sur pied des organisations para-étatiques ou quasi-gouvernementales. Ces établissements peuvent fonctionner avec des règlements et des pratiques en matière de personnel différentes de ceux appliqués au Ministère de la santé ou autre entité gouvernementale. Les salaires peuvent également être plus élevés que dans le Ministère de la Santé et la collaboration avec le secteur privé peut être plus facile (médecins, équipement sanitaire et OMS).

3.4 Service de santé national parrainé par l'Etat

Dans de nombreux pays, surtout ceux à tendance socialiste, l'Etat tient à ce que chaque citoyen puisse avoir accès à tous les services sanitaires du

pays, gratuitement ou à des frais minimaux. Ce système recouvre de nombreux modèles de soins et est largement déterminé par l'importance du secteur privé, si celui-ci existe, et la mesure dans laquelle il est toléré. Généralement, on peut ranger les modèles sous deux concepts généraux:

. Un système de soins complètment nationalisé

. Un système de soins de santé "mixte"

3.4.1. Système de soins de santé entièrement nationalisé

Ce système est caractérisé par les principes suivants: Les services de santé sont accessibles à tous, l'Etat possède en propre et gère tous les équipements sanitaires (Chine, URSS). L'Etat emploie le personnel sanitaire en tant que salariés, le paiement d'honoraires n'est pas autorisé et les services sont financés par l'Etat.

Ce système de soins de santé a l'avantage d'être organisé et coordonné, et est accessible à tous. Un des principaux désavantages est le conflit socio-politique dans le cas des pays qui ont un secteur privé. Le Gouvernement de ces pays auront des difficultés à mettre en place un tel système car seul un secteur de l'économie serait nationalisé. Il est évident que les médecins, le personnel sanitaire en général, les habitants qui ne sont pas en faveur d'une économie socialiste vont vivement s'opposer à ce système.

3.4.2. Système de soins de santé "mixte"

Les caractéristiques d'un système de soins de santé mixte sont les suivantes: chacun a droit aux soins de santé, les services sont financés par un impôt spécial avec ou sans contribution des recettes générales, les soins primaires sont donnés par des groupes de généralistes et les patients

choisissent le groupe (les patients s'inscrivent pour pouvoir obtenir les soins du groupe de leurs choix), les généralistes de ces groupes travaillent sur contrats (ce ne sont pas des fonctionnaires). Ces médecins sont rénumérés en fonction du nombre de patients inscrits cherchant à obtenir leurs soins; les soins hospitaliers sont donnés dans des établissements qui sont la propriété de l'Etat, les services privés payants sont autorisés ainsi que la propriété privée des hôpitaux et pharmacies.

Un des aspects à retenir dans ce système est la souplesse qu'il permet pour re-structurer les soins de santé et augmenter fortement la productivité du système de santé sans qu'il n'y ait besoin de nationaliser les soins médicaux. Plus spécifiquement, ce système "mixte" a l'avantage de fournir à chacun le droit aux soins de santé dans un système organisé pour fournir des services intégrés et adéquats dans une perspective de soins continus. Il faut rendre compte des services donnés et les coûts sont prévisibles. De plus, les médecins gardent le privilège de continuer à exercer dans le cadre de cabinets privés.

Pour que le système mixte fonctionne bien, il faut que la majorité des consommateurs et du personnel de santé l'accepte, qu'il soit organisé de manière à fonctionner et qu'il soit accessible à un éventail très large d'utilisateurs. Le système de soins de santé doit être organisé, pas seulement pour qu'il y ait meilleur accès aux soins primaires, mais aussi pour assurer que tous les niveaux sont intégrés et coordonnés.

La Grande-Bretagne est un exemple de pays ayant un système national mixte de services de santé. Les OMS s'adaptent bien à ces systèmes et en fait se développent de plus en plus à l'heure actuelle en Grande-Bretagne.

4.0 APPROCHES POUR EVALUER LA FAISABILITE: PROCESSUS ET ETAPES

Les raisons pour fonder une OMS et le type de client ou groupe(s) parrainant le programme proposé varient selon les pays suivant la manière dont le système de santé est organisé, la philosophie socio-politique du pays, le site de l'OMS proposé au même titre que toutes les considérations juridiques, économiques, institutionnelles/règlementaires. Ces facteurs jouent un rôle mais c'est le client qui est de première importance.

Le client peut être une entreprise commerciale, un ou plusieurs médecins, un hôpital ou même une organisation publique. Ce sont les caractéristiques du client, ses besoins et aspirations qui détermineront en grande partie l'organisation et les activités de l'OMS.

Quel que soit le client, la réalisation d'une OMS se fait en plusieurs étapes, chacune dépendant d'un travail fini et bien fait pendant l'étape précédente. Ces étapes et les principales activités qui en font partie sont indiquées ci-dessous.

Etape I -- Evaluation préliminaire pour

- Déterminer les intérêts et besoins du client en ce qui concerne l'établissement de l'OMS.
- Fournir au client un aperçu sur les OMS avec
  - une orientation générale
  - les principales composantes nécessaires: hôpitaux et autres établissements médicaux, les médecins, "le plan santé" ou l'entité qui organise et gère le programme, les ressources financières et autres qui sont nécessaires.
  - les différentes relations entre les composantes y compris les arrangements pour obtenir les services des médecins.
  - un ordre de grandeur de la population à desservir et la quantité et caractéristiques des services de santé qui devront être fournis

- les considérations juridiques, règlementaires et institutionnelles et les contraintes les plus évidentes

- le défi commercial

. Une fois qu'on a évalué les principaux obstacles et avantages concernant la mise en place d'une OMS, en tenant compte de la situation du client et du contexte dans un sens plus large, on peut décider s'il y a lieu de faire une étude de faisabilité complète.

Cette évaluation prend d'habitude une à trois semaines, en comptant la préparation d'un rapport sur les résultats, les conclusions et recommandations. Les délais varient selon la complexité de la situation et la disponibilité des informations nécessaires. Ce travail, à ce stade d'évaluation de l'OMS faite à l'extérieur des Etats-Unis, est généralement faite par une équipe composée d'un médecin et d'un expert en financement des services de santé. Ces deux personnes sont familiarisées avec le système des OMS et ont une expérience internationale en matière de santé.

Etape No II - Etude de faisabilité pour:

. Déterminer si tous les aspects et composantes du programme de santé proposé sont présents ou peuvent être assemblés, et voir si on peut trouver des solutions aux obstacles identifiés.

- montrer que des soins de santé prépayés sont admis du point de vue juridique, indiquer les lois, s'il y en a, qui permettent de fonder et de faire fonctionner une OMS et vérifier la structure juridique de l'OMS proposée.

- s'assurer qu'il existe des associations de médecins remplissant les conditions nécessaires à une OMS ou qu'il est possible d'établir de telles associations dans le contexte social et la situation en question et, si ce n'est pas le cas, voir si on peut trouver d'autres solutions pour fournir les prestations médicales sans que cela ne compromette l'intégrité du système.

- s'assurer que les arrangements nécessaires avec les hôpitaux peuvent être pris.

- déterminer le niveau de compétence du personnel médical, de gestion et autre.

- déterminer soit si le programme proposé est appuyé, par des personnes et organisations déjà engagés, soit montrer qu'il est possible de générer ce support.

. Faire une enquête préliminaire pour estimer:

- la taille de la population qu'on devra desservir, le statut sanitaire des futurs clients, la quantité et étendue des services de santé et autres activités nécessaires pour répondre aux besoins en soins de santé (spécifier les services de base à fournir).

- le nombre de cotisants (c'est-à-dire la taille de la population couverte), les coûts pour desservir cette population, le montant de la cotisation à verser pour arriver au seuil de rentabilité.

- le taux de cotisation prévu qui peut être collecté à partir de différentes sources de financement (cotisations de sécurité sociale, somme versée à titre personnel par les individus, par les divers niveaux gouvernementaux, assurances sociales).

- autres sources de financement pour combler les déficits.

- futurs débouchés et dans quelles circonstances (différents niveaux de coûts contre différents niveaux de services).

. Déterminer la couverture sanitaire et les service à fournir, et organiser les prestations de services de santé de l'OMS.

. Concevoir une étude de marketing et fournir les critères permettant de déterminer si l'OMS est commercialement faisable.

. Déterminer la capacité de l'OMS à atteindre le seuil de rentabilité sur une période de temps raisonnable et à arriver à être auto-suffisante du point de vue financier.

L'étape II consiste à collecter et à analyser les données essentielles et à estimer les chances de réussite du programme proposé. Une fois le "feu vert" donné, les études faites dans le cadre de cette étape deviendront 1) la première conception de l'OMS et de son système de services de sanaté établi conformément aux buts et objectifs de l'OMS et aux règlementations juridiques, 2) le programme des avantages et bénéfices (couverture sanitaire qui sera offerte aux cotisants); 3) une prévision du montant mensuel par personne et par famille et les sources de financement prévues pour couvrir le montant projeté, calculé d'après les données sur la taille de la population obtenues dans l'étude de marché; 4) une stratégie et un plan de marketing et 5) un plan financier.

Cette étude demande généralement trois mois sur le terrain plus un autre mois pour rédiger le rapport les conclusions. Le personnel suivant est nécessaire pour réaliser ces études (ce personnel devra obligatoirement avoir de l'expérience en matière d'OMS): un médecin/clinicien ou administrateur, un spécialiste du financement des services de santé ayant des connaissances en statistiques, un spécialiste pour le marketing des plans de santé prépayés, un spécialiste des plans de santé et un administrateur des établissements sanitaires. Il est fort possible qu'une seule personne pourra s'occuper de plusieurs de ces questions, et on pourra ainsi réduire les besoins en personnel, en plus tous ces spécialistes n'auront pas besoin d'être sur le terrain pendant toute la durée de l'évaluation.

Etape III - Dernière étape avant la réalisation finale

Si suivant les études de l'étape II le programme semble faisable, on peut passer à l'étape III, la dernière étape avant la réalisation finale qui demande généralement de quatre à six mois. Cette étape consiste à définir et à assembler les composantes et à règler les questions juridiques et autres. Pour cela, il est nécessaire de:

. Donner à la structure de l'OMS adoptée une existence juridique;

. Identifier le premier groupe de cotisants et mettre au point une stratégie pour recruter d'autres membres et commencer le programme de recrutement;

. Etablir une médecine de groupe ou un autre arrangement avec les médecins et un calendrier pour les premières activités;

. Réunir un groupe financier pour collecter les crédits nécessaires;

. Identifier les établissements sanitaires qu'on pourra utiliser et organiser un groupe chargé de la gestion des établissements et des activités;

. Etablir un programme d'activités et un budget pour la première année;

. Mettre au point des systèmes de logistique et de gestion: systèmes de comptabilité, de contrôle de gestion, d'archivage, de compte-rendu des réalisations;

. Sélectionner et recruter les employés, mettre au point les programmes de formation; et
. Coordonner le groupe chargé du recrutement, celui chargé de l'aspect médical, celui de l'aspect financier et enfin celui de la gestion afin d'être sûr que les activités pourront commencer à la date prévue.

Etape IV - Mise en oeuvre

Durée prévue: douze à dix-huit mois.

Etape V - Evaluation et révision si c'est nécesaire.

5.0 ANALYSE DES SYSTEMES DE SERVICES DE SANTE DEJA EN PLACE

Pour déterminer si un programme d'OMS peut s'adapter au système de services de santé d'un pays et comment on l'y incorporera, il faut avant tout comprendre le système en place. Cette analyse est d'abord une description générale, spécifiant les questions et problèmes, les politiques de ce pays en matière de services de santé, le mode de financement des différents composantes du système, établissements sanitaires tant publics, privés qu'internationaux.

Bien qu'une OMS s'occupe de soins préventifs et de promotion de la santé, son souci premier est le traitement des maladies. C'est à cette fin qu'est destiné l'essentiel des efforts et des ressources. De ce fait, en analysant un système de services de santé déjà en place, il s'agit avant tout d'étudier les services curatifs et le personnel médical chargé des services de santé curatifs, en spécifiant quels sont les couches de population ayant accès aux services et sous quelles conditions.

L'Organisation mondiale de la Santé, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international et d'autres agences s'occupant de santé ont toutes élaboré des guides pour faire des évalutions du secteur santé. La présente étude ne comprend pas une description de ce processus. Nous nous bornerons à mentionner qu'une approche systématique doit être utilisée pour évaluer et faire le détail des services de santé fournis par toutes les catégories de pourvoyeurs de services de santé afin de réunir en une couverture sanitaire cette mosaïque de services de santé - c'est là un élément-clé permettant de définir les groupes de population qui seront desservis par l'OMS. Les meilleurs candidats sont les groupes pour lesquels les services de santé sont payés directement par les employeurs ou par l'intermédiaire d'un système traditionnel d'assurances maladies et sont fournis par le secteur privé.

Il s'agit très souvent du salariat du secteur industriel urbain. En fait, ce groupe constitue l'essentiel des cotisants des OMS dans le monde entier.

Pour en revenir à notre analyse du système existant, la liste ci-dessous présente les principaux domaines à étudier:

. Description générale, caractéristiques du système - questions et problèmes

. Politiques en matière de santé - explicites et implicites

. Financement des services de santé

. Structures sanitaires du secteur public:

- Ministère de la Santé
- services sanitaires provinciaux et régionaux
- services sanitaires municipaux
- différents départements (eau, assainissement)
- autres

. Sécurité sociale

. Privé

- établissements de santé spécialisés et à but non lucratif
- les praticiens médicaux
- les services dentaires
- produits pharmaceutiques et médicaments
- syndicats et associations professionnels
- industries
- assurances-maladies volontaires
- oeuvres de charité, fondations missionnaires, etc.

. Autres organisations travaillant dans le domaine de la santé

- agences internationales, OMS, UNICEF, USAID, FNUAP
- organisations universitaires
- Croix-Rouge
- services non-gouvernementaux parrainés par les communautés.

6.0 CLIMAT POUR FONDER UNE NOUVELLE ORGANISATION DE SOINS DE SANTE

Les progrès scientifiques et techniques réalisés dans le domaine médical ont permis aux services de santé d'atteindre un degré d'efficacité qui fait que la demande pour ces prestations ne cesse de s'accroître. Toutefois, ces progrès ont également provoqué une augmentation importante des coûts des services de santé. Nombreux sont ceux qui ne peuvent pas ou s'inquiètent de ne pas pouvoir payer pour les services dont ils ont besoin. Même dans les pays où les services de santé sont fournis par le secteur public ou par le biais d'assurances sociales, le niveau et la qualité des services ne répond pas aux normes désirées. Pour combler à ces manques, des services de santé privés s'installent quand le climat politique le permet et souvent ils prospèrent.

Dans le monde entier, les syndicats ont été la force qui a poussé à de meilleurs salaires, pensions et soins médicaux. Grâce à leurs revendications, les syndicats ont pu obtenir des assurances maladies couvrant une grande variété de soins. Au début, la couverture sanitaire était limitée et uniquement l'employé bénéficiait de ces avantages. Au fil des ans, les familles des employés ont pu bénéficier des mêmes avantages et l'étendue des services a été élargie bien qu'elle n'ait jamais été une question centrale. Bien plutôt, ils cherchaient à trouver des moyens pour payer les coûts des services déjà à la disposition de la communauté. On peut noter, à ce propos, que ce sont les classes moyennes qui s'inquiètent des coûts des soins de santé et pas nécessairement les salariés syndiqués qui souvent n'ont pas accès à certains services en raison des coûts trop élevés.

Les soins de santé en contrepartie d'un versememt forfaitaire payé à l'avance, généralement dans le cadre de médecines de groupe aussi bien aux Etats-Unis que partout ailleurs, a permis de trouver une réponse à ce problème. Les industries acceptent bien ces programmes car les coûts des

cotisations de leurs employés sont prévisibles et limitées. Le bénéficiaire est lui aussi satisfait car il n'y a pas de mauvaise surprise en ce qui concerne les coûts, à condition toutefois que la qualité et la disponibilité des services restent bonnes.

Cependant, une partie de la population peut résister fortement à l'établissement des soins prépayés. En général, le corps médical est opposé à ce concept, leur première préoccupation étant la libre concurrence. En effet, il les perçoivent comme une menace financière directe au statut quo du médecin privé, que celui-ci soit établi dans son propre cabinet individuel ou exerce dans le cadre d'un groupe (toujours pour des honoraires).

Les médecins sont également préoccupés par le contrôle des soins médicaux. De nombreux praticiens ont peur que des services de santé payés à l'avance ne limitent le choix de traitement et que les mesures visant à restreindre les coûts, gérées peut-être par un personnel non médical, ne limitent la qualité des soins donnés au patient.

Le fait que le patient ne peut pas choisir librement son propre médecin dans le cadre de ces programmes de services de santé créent également des résistances. Même les médecines de groupe peuvent être découragées ou interdites.

En raison de ces obstacles, des difficultés peuvent surgir quand on veut fonder une nouvelle organisation de santé.

Pour qu'une OMS soit viable, il faut qu'il y ait au départ une situation non satisfaisante ou un problème au niveau du système existant. La médecine de groupe, les soins de santé payés à l'avance doivent être licites. Le programme, si l'on veut qu'il fonctionne, doit également être accepté par les médecins, même si ce n'est que dans une certaine mesure, et même si ce programme est limité par ailleurs par suite d'autres contraintes. Les

médecins ont de l'influence politique et peuvent forcer l'acceptation de certaines conditions, par exemple que le programme de services de santé prépayés couvrant les cotisants doit permettre à ses derniers de choisir leur médecin traitant, qu'un nombre minimum de médecins accepte de participer au programme, que les médecins contrôlent le programme, que les couches de population qui seront couvertes aient des revenus inférieurs à un maximum donné.

La position de l'Etat est également d'importance critique. Elle peut aller d'une acceptation tacite, avec ou sans conditions, à un appui financier ou autre (législation en faveur des programmes et/ou une collaboration de l'Etat et du secteur privé en vue de la création de l'OMS). L'aide financière est également accompagnée d'une série de conditions légales et autres (par exemple par rapport à l'ensemble des services, des cotisations à verser, du niveau de participation du consommateur, des pratiques de marketing, etc.). Ces conditions peuvent ou non sembler acceptables aux responsables chargés de mettre sur pied le programme.

En plus du corps médical et de l'Etat, il y a d'autres groupes qui jouent un rôle important au niveau de la création d'une OMS, notamment les indsturies qui supportent la majorité des coûts du programme et les syndicats qui doivent accepter le programme soit comme seul source de services de santé pour leurs membres ou du moins comme option pour ceux qui bénéficient des assurances maladies.

Etant donné que bien des pays se sont rendus compte que les besoins en matière de santé n'étaient pas satisfaits, on a cherché des solutions et pris des mesures au niveau des différents aspects de la médecine privée et on a essayé de développer les relations entre les secteurs privé et public. Pour

qu'il y ait un climat positif autour du programme de l'OMS, il faut mobiliser les divers éléments composant un tel programme et éduquer le public sur la nature, les avantages et la faisabilité du programme. Si l'on en juge d'après l'expérience américaine en la matière, ce processus peut prendre des années.

7.0 FAISABILITE DU POINT DE VUE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE

L'évaluation de la faisabilité juridique de l'OMS proposée peut être facilitée si on établit des critères spécifiques et si on spécifie les tâches nécessaires impliquées (voir Birch and Davis Associates, Inc., pour les questions juridiques ayant trait à la faisabilité des OMS aux Etats-Unis*).

L'étude de faisabilité juridique comporte cinq points principaux. Premièrement, il faut une autorisation légale permettant de fonder et de faire fonctionner une OMS. Deuxièmement, il faut évaluer les limitations que cette autorisation place sur l'OMS prévue. Troisièmement, il est nécessaire d'identifier toute autre limitation ou obstacle pouvant entraver la création ou le fonctionnement de l'OMS. Quatrièmement, en se basant sur l'évaluation juridique, on doit mettre au point une structure organisationnelle conforme aux différentes normes légales.

Aux Etats-Unis, on a assisté à des changements dans le contexte juridique relatif à la création et au fonctionnement des médecines de groupe opérant sur la base de paiements forfaitaires versés à l'avance ou autres types d'OMS. Certains repères ou décisions importantes sont mentionnées ci-dessous car elles peuvent servir d'exemples à d'autres pays.

Il y a cinquante ans, les associations médicales aux Etats-Unis étaient fortement opposées aux soins de santé payés à l'avance et avaient utilisé diverses tactiques pour interdire ou du moins limiter ces programmes. Par exemple, les médecins faisant partie de groupes fonctionnant sur la base de paiements faits à l'avance ne pouvaient adhérer aux associations medicales locales ou à l'Associaton médicale américaine.

---

* Birch and Davis Associates, dans "Guide pour la faisabilité des organisations de maintien de la santé", Bureau des OMS, Département des services de population et de santé, Contrat No. 282-79-0076 SH.

Ceci effectivement empêchait certains médecins de présenter leurs candidatures à certains conseils d'administration ou de bénéficier des privilèges accordés au personnel de certains hôpitaux où il était stipulé qu'il fallait faire partie d'une association médicale. En plus, certaines associations médicales, prétendaient que les sociétés qui fournissaient des soins prépayés étaient en infraction de la loi règlant l'exercice de la médecine par les sociétés anonymes. Plus spécifiquement la plainte était qu'une organisation contrôlée par des "non médecins" allait modifier les relations médecin-patient et qu'il ne fallait pas oublier que le premier devoir d'un médecin était envers son patient et non une société.

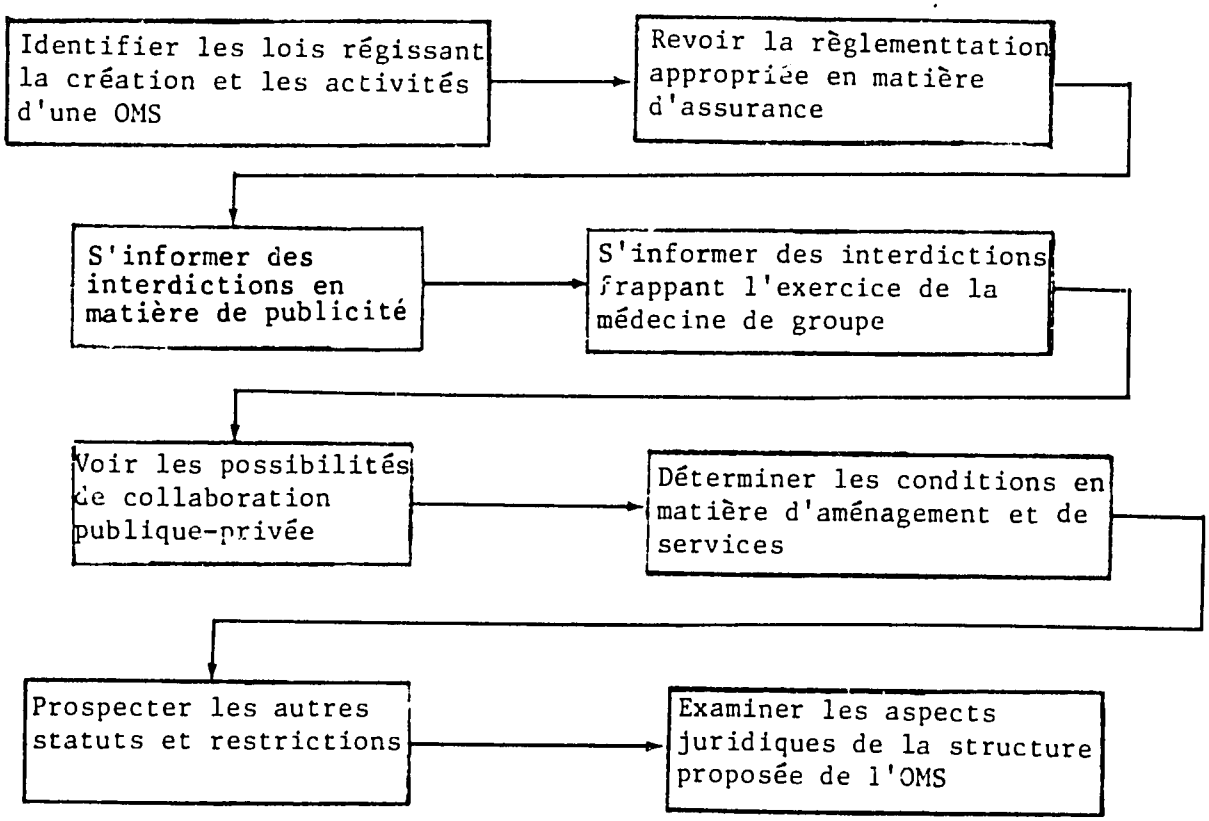
Dans les années 30 et 40, le corps médical contestait les OMS en vertu de questions éthiques attachées à l'exercice de la médecine. Au niveau stratégique, les médecins ont employés trois formes d'attaque: ils ont essayé de restreindre l'exercice de la profession, de fonder et d'utiliser des plans d'assurances maladies parrainés par des médecins (Blue Shield) comme moyens de dissuasion et enfin d'utiliser les lois restrictives des différents états. Cependant ces tactiques n'ont pas réussi en raison des décisions juridiques.

Il y a de nombreux cas de conflit aux Etats-Unis entre le droit coûtumier et l'exercice de la médecine par une société. La règle généralement suivie est basée sur les politiques publiques, la règlementation sur les patentes et les normes professionnelles. Auparavant, on faisait la différence entre les organisations sanitaires qui prenaient une marge bénéficiaire sur les services des médecins qu'elles proposaient à leurs clients et celles qui étaient à but non lucratif. Récemment, dans la plupart des états, le droit en vigueur régissant le statut des OMS stipule qu'aucune organisation sanitaire habilitée ne peut être considérée comme exerçant la médecine, qu'elle soit à but lucratif ou non.

En plus des aspects que nous venons de mentionner, il y a d'autres thèmes qui demandent une investigation juridique. Il s'agit, entre autre, des lois relatives à la fondation et aux activités d'une OMS, sa structure du point de vue organisation, ses dispositions pour appliquer les codes et régulations, les lois sur la publicité médicale, etc. L'analyse de ces thèmes peut être structurée en fonction des étapes indiquées dans le document à l'appui 7.1. Cette structure permet également de faciliter la documentation et les rapports en matière de faisabilité juridique. Bien que présentée dans un ordre séquentiel, les étapes peuvent être réalisées concurremment.

DOCUMENT A L'APPUI 7.1

PRINCIPALES ETAPES NECESSAIRES A L'ETUDE DE LA FAISABILITE JURIDIQUE D'UNE OMS



7.1. IDENTIFIER LES LOIS SUR LA CREATION ET LES ACTIVITES DE L'OMS

On identifie d'abord les statuts régissant les activités de l'OMS, puis on analyse les limitations et contraintes. Les statuts d'habitude se réfèrent à la législation relative à l'autorisation de fonder une OMS, aux lois sur les sociétés fournissant les services médicaux et hospitaliers, ainsi que d'autres mécanismes juridiques.

Aux Etats-Unis, l'Etat cherche à encourager le développement des OMS et par conséquent une législation, aux niveaux national et des différents états, a été mise en place conférant aux OMS capacité juridique et support légal. Ces lois fixent les conditions aux termes desquelles une aide financière ou autre peut être obtenue. Elles peuvent également préciser les services qui seront fournis par l'OMS ainsi que les conditions au niveau des activités et de l'organisation.

A part les Etats-Unis, il n'y a pratiquement aucun pays qui possède des lois pour conférer un statut juridique à des OMS. Beaucoup de pays cependant disposent de règlementations régissant les sociétés fournissant des services médicaux et autres entités qui en principe permettent d'établir un système de services de santé prépayés. Ces lois devraient être examinées et rendues plus spécifiques.

S'il n'y a pas de statuts pour habiliter une OMS, il faut trouver et évaluer d'autres mécanismes juridiques qu'on pourra utiliser pour justifier la fondation d'une OMS. Il peut s'agir de précédents juridiques, administratifs ou opérationnels. Une solution de remplacement est également d'obtenir une lettre des autorités compétentes stipulant que l'OMS n'est pas défendue. Il est bien évident qu'il s'agit là d'une procédure moins sûre.

7.2. Revoir la règlementation sur les assurances

Les règlements sur les assurances peuvent avoir de nombreuses implications pour une OMS. Il s'agit de voir en premier lieu s'ils s'appliquent ou non.

Il peut y avoir des interdictions frappant le programme entier (jusqu'à récemment c'était le cas en Corée du Sud) ou certaines de ces composantes. Il peut également y avoir une clause stipulant qu'il faut une certaine réserve de crédits, ce qui pourrait empêcher une petite OMS de commencer à fonctionner. Les règles en matière de concurrence déloyale, publicité, pratiques de marketing ainsi que les arrangements financiers permis par les assureurs peuvent toutes figurer dans la règlementation sur les assurances et devront par conséquent être analysées.

7.3. S'informer sur les interdictions en matière de publicité

Dans la plupart des pays de l'Occident, la publicité pour des services médicaux est mal vue et souvent interdite par les lois concernant l'exercice de la médecine. Il est intéressant de noter que les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et d'autres pays ont récemment assoupli cette règlementation. Par contre, dans d'autres pays elle est interdite, ces interdictions varient allant d'une interdiction absolue à des autorisations données aux organisations de services de santé mais non à des professionnels de la santé. Il est impératif que la future OMS prospecte ces règlements avant de mettre au point une stratégie de marketing.

7.4 S'informer sur les restrictions frappant l'exercice de la médecine par les sociétés

Cet aspect a déjà été étudié. Il s'agit surtout de savoir exactement quelles sont les relations que les différents modèles d'OMS peuvent établir avec les médecins (ou autres professionnels) sur une base permanente ou contractuelle pour ne pas sortir des limites imposées par les lois. Cela peut signifier que certains modèles d'OMS ne sont pas possibles dans certaines situations et les options du point de vue organisation peuvent elles aussi être limitées.

7.5. Voir les possibilités de collaboration publique-privée

Il est possible qu'on puisse établir, surtout en Amérique latine, les modèles I et II d'OMS (l'OMS possède son hôpital) pour des groupes dont les frais seront à la charge du Ministère de la Santé ou de la sécurité sociale. Ces systèmes permettent au secteur public d'économiser sur les coûts, notamment ceux de la construction d'établissements sanitaires dans des régions ne disposant pas d'institutions publiques et assure à un hôpital privé un taux d'occupation sur lequel il peut compter. On peut trouver ce système à Panama et très certainement également dans d'autres pays.

Un ensemble de lois et de règlements donnant autorisation et capacité juridique seront sûrement nécessaires pour permettre la collaboration des secteurs privé et public (ou autres lois concernant les contrats, normes d'activités d'exploitations etc.).

7.6 Déterminer les conditions en matière de planification et services de santé

Dans la plupart des pays, il faut un permis pour pouvoir construire et faire fonctionner un hôpital privé. Il s'agit de questions de zonage, de preuve de responsabilité de la part des garants, de documents prouvant que les médecins qui feront partie de l'hôpital sont habilités à exercer. En plus, les travaux doivent se conformer aux normes de construction. D'autres conditions peuvent exister relatives au personnel et à l'équipement, sans parler de toutes les inspections gouvernementales avant et après le début des activités. La procédure, plus simple pour les hôpitaux publics, reste toutefois longue.

Si l'on veut limiter les coûts ou arriver à un équilibre dans la manière dont les crédits sont dépensés, par exemple réduire les coûts de construction des établissements afin d'affecter davantage de crédits aux soins de santé primaires, le mécanisme dont on peut se servir peut être les règlementations relatives aux constructions des installations, où à l'aggrandissement et rénovation des installations existantes. Il faut démontrer que l'installation est nécessaire et un "certificat de besoin" doit être obtenu. Cette pratique, commune aux Etats-Unis et à leurs possessions, est également en vigueur dans des pays tels que la Nouvelle-Zélande et Israël. Il est intéressant de noter qu'aux Etats-unis la législation sur les "certificats de besoin" pour les installations ayant rapport aux OMS est moins restrictive que pour toutes les autres catégories d'établissements sanitaires, ce qui témoigne des efforts de l'Etat visant à encourager le déploiement des OMS.

Les patentes et leurs privilèges constituent une autre catégorie de règlements pouvant affecter la faisabilité d'une OMS. Dans certains pays, la

question se pose surtout pour les infirmiers ou autre profession paramédicale dont les fonctions relèvent souvent d'activités généralement réservées aux médecins. Si l'OMS se propose d'utiliser un personnel paramédical en tant qu'assistant aux médecins, il est important de voir s'il y a des précédents et des règlements relatifs à l'utilisation d'un personnel paramédical (supervision obligatoire des médecins). Aux Etats-Unis, la plupart des OMS emploient des infirmiers pour économiser sur les dépenses. Pour arriver à bien répartir les tâches du personnel, la future OMS devra étudier les règlementations régissant l'utilisation des diverses catégories du personnel de santé.

7.7 Prospecter les autres statuts et restrictions

Nous avons à présent passé en revue la plupart des questions touchant à la faisabilité juridique d'une OMS. Mais certains problèmes restent à être examinés. Par exemple, celui d'obtenir des permis de travail pour les expatriés. Bien que la majorité des employés d'une OMS soient des nationaux du pays où l'OMS est fondée, il peut être souhaitable de bénéficier des services d'experts étrangers, d'où la nécessité de permis de travail.

L'OMS devrait également parer à des éventualités de négligence ou responsabilité juridique en cas de poursuite judiciaire pour dommages et intérêts.

En tenant compte de ces statuts et restrictions, l'OMS pourra observer les aspects juridiques mentionnés dans l'étude de faisabilité et planifier de manière appropriée la réalisation et les activités du projet.

7.8 Examiner les aspects juridiques de la structure d'OMS proposée

Dans la section 3.2, on a étudié en détail les différentes relations entre les composantes d'une OMS et les structures organisationnelles qui en résultent. Ces relations et les structures qu'elles déterminent ont de nombreuses répercussions contractuelles et juridiques. Par exemple, dans le cas où on emploie des médecins, les interdictions touchant l'exercice de la médecine par des sociétés peuvent entrer en vigueur alors que ce ne sera pas le cas si l'OMS travaille avec des ACI ou d'autres arrangements de médecine de groupe. La responsabilité juridique de l'OMS en cas de négligence professionnelle peut varier ainsi que le coût de l'assurance suivant les dispositions prises avec le personnel paramédical.

Suivant la structure d'une ACI et les conditions de candidature qu'elle fixe, il est possible qu'il y ait des implications au niveau de la concurrence. En plus, les différents arrangements pris avec les médecins peuvent avoir d'importantes conséquences sur la position que l'Association médicale aura face au projet et les actions qu'elle prendra soit pour appuyer ou bloquer la mise en oeuvre du projet.

Aux Etats-unis, il y a une nette démarcation entre les médecins du service public et ceux du secteur privé, mais dans bien d'autres pays ce n'est pas le cas. Très souvent, on se trouve face à une situation où le médecin travaille pour la sécurité sociale ou le Ministère de la Santé et parallèlement dans son propre cabinet. La médecine privée peut être permise à des degrés divers, et généralement les médecins ne voient dans leur cabinet que les patients ambulatoires, les soins hospitaliers étant donnés dans les hôpitaux publics.

Mélanger les aspects privés et publics dans l'exercice de la médecine peut être source de problèmes. Souvent le médecin travaille pour le Gouvernement le matin et au début de l'après-midi, puis se dépêche pour se

rendre aussi vite que possible à son cabinet et les services publics s'en trouvent souvent lésés.

Du moins en théorie, une OMS dont les clients viennent aussi bien du secteur privé que public permettrait d'utiliser bien plus efficacement les services du médecin.

La présente discussion montre bien qu'il est essentiel d'étudier les conditions légales et les limitations de chaque modèle organisationnel pour voir lequel est faisable dans des situations données. Cela permet de concevoir une organiation dont la structure est conforme aux normes juridiques et qui permet de prendre des arrangements contractuels satisfaisants.

Jusqu'á présent, nous avons approché l'évaluation de la faisabilité juridique en partant du principe que l'OMS était à la phase conceptuelle ou d'élaboration. Mais ce qui se passe très souvent est qu'une organisation fonctionne déjà, fournissant des soins de santé et qu'elle décide de changer sa structure organisationnelle et ses activités. Dans ce cas, l'analyse juridique devrait avant tout étudier les activités existantes pour déterminer si elles sont conformes aux normes juridiques ou autres donnant à cette organisation la capacité de fonctionner en tant qu'OMS.

Deuxièmement, il faudra noter les problèmes et conflits entre la situation présente et celle qu'il faudra mettre en place pour satisfaire les différentes conditions d'une OMS: juridiques, organisationnelles, sanitaires et opérationnelles. Troisièmement, il sera nécessaire de préparer un plan d'actions en vue de résoudre ces conflits et problèmes dans un délai spécifié.

7.9 Liste pour évaluer la faisabilité juridique

Les différents points mentionnés ci-dessous devront être considérés lors de l'évaluation de la faisabilité juridique d'une OMS.

- Si nécessaire, a-t-on identifié une procédure juridique (droit national ou autre) qui permet de fonder et de faire fonctionner une OMS;

- Y-a-t-il une structure organisationnelle pour l'OMS proposée qui est conforme aux lois en vigueur?

- L'OMS pourra-t-elle promouvoir (faire de la publicité pour) ses services dans le contexte des lois en vigueur; le cas échéant comment procèdera-t-elle pour commercialiser ses services?

- Faudra-t-il obtenir "un certificat de besoin" pour construire, aggrandir ou rénover les installations sanitaires nécessaires aux activités de l'OMS, et si c'est le cas, l'OMS pourra-t-elle obtenir un tel certificat?

- L'OMS, en tant que société est-elle limitée pour exercer la médecine, et si c'est le cas, quelles sont les conséquences sur la structure et les activités de l'OMS;

- Y-a-t-il des impôts frappant l'OMS ou ses composantes qui pourraient entraver la faisabilité financière de l'OMS;

- Y-a-t-il d'autres lois, règlements, décisions administratives, précédents judiciaires qui pourraient avoir des conséquences négatives sur la faisabilité de l'OMS proposée.

8.0 EVALUER ET PLANIFIER LES SERVICES DE SANTE

Pour évaluer la faisabilité des prestations de services de santé d'une future OMS, deux activités principales doivent être entreprises: faire un programme des services de santé et concevoir le système de prestations, puis déterminer s'il est possible de mettre en place un réseau sanitaire pouvant fournir les services tels que spécifiés.

La plupart des OMS divisent leurs services en services de base destinés à tous les membres/adhérents/cotisants et un services supplémentaires pour ceux qui sont couverts sous des conditions spécifiques. Le Document à l'Appui 8.1 à la page suivante fournit une liste des services de base et des services supplémentaires optionnels qui sont requis dans le cadre des lois fédérales des Etats-unis. Bien que cette liste ne soit pas nécessairement appropriée ou applicable dans le cas d'autres pays, elle peut être prise comme modèle et comme programme de services à fournir.

La conception de services de santé et de systèmes de prestations demande un processus de planification complet et logique. De nombreux processus ont été conçus à cet effet. L'approche décrite ici est une suggestion de modèle qui a fait ses preuves.

En fait, fonder une OMS demande qu'on planifie quatre sous-systèmes qui composent l'organisation: marketing, production, ressources humaines et finances.

Dans le cas d'une organisation de maintien de la santé, le concept de marketing signifie:

Le sous-système de production englobe toutes les activités qui permettront de fournir les services de santé conformément aux conditions d'adhésion. Dans le cas présent, production signifie une séquence d'activités ayant lieu au bon moment, au bon endroit et en quantité suffisante pour arriver aux résultats escomptés. Pour une OMS, la production englobe les

Document à l'appui 8-1

SERVICES DE BASE REQUIS PAR LES LOIS FEDERALES AMERICAINES ET SERVICES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELS 1/

Pour remplir les conditions requises par les lois fédérales, une OMS doit fournir les services de base à tous les cotisants:

- Services des médecins (y compris services de consultations et services de référence par un médecin)
- Services recevant les malades hospitaliers
- Services de consultations externes et de soins ambulatoires
- Services en cas d'urgence médicale
- Services pour la santé mentale, en consultations externes (20 visites maximum: évaluation du patient et intervention en cas de crise)
- Services de référence et de traitement pour les abus de drogues et d'alcool ou les cas de dépendance.
- Services de laboratoire diagnostiques; services de radiologie diagnostiques et thérapeutiques
- Soins à domicile
- Services de santé préventive (examen des yeux et oreilles pour les enfants de moins de 17 ans).

En plus, l'OMS peut fournir des services supplémentaires à certains ou à l'ensemble de ses cotisants:

- Services pour traitements de longue durée ou moyenne durée
- Soins d'optique médicale non inclus dans les services de santé de base
- Services dentaires non inclus dans les services de base
- Services de santé mentale non inclus dans les services de santé de base
- Services de rééducation physique à long terme (thérapie physique)
- Prescription et fourniture de médicaments de la part de l'OMS dans le cadre de services de base ou supplémentaires
- Appareils correctifs ou prothèses
- Equipement médical durable.
- Evaluer le statut sanitaire, les besoins et la demande en soins de santé, et les services requis par diverses autorités (services de base et services supplémentaires)
- Décider quels sont les services, équipements et programmes qui répondent à ces besoins et demandes, de manière pratique, avec des coûts raisonnables et un bon coût-rendement.
- Concevoir des activités destinées à promouvoir l'utilisation des programmes de santé et des services qu'ils offrent.
- Etudier les conséquences des prix (coûts des services) sur le programme et ses services (demande réelle) en tenant compte des prix de la concurrence.

1/ Registre fédéral, Vol. 44, No. 139, Mercredi 18 juillet 1979, 42, CFR, Sous-partie A, 110. 102.

plans de conception, la localisation et le fonctionnement des établissements sanitaires, les programmes d'entretien pour les bâtiments et l'équipement, le transport, les communications et autres infrastructures, les fournitures et les magasins, les services du personnel (professionnel ou non), bref tout ce qu'il faut faire pour pouvoir fournir les services de santé. En fait, il s'agit du système de prestations de services de santé de l'OMS.

Le sous-système des ressources humaines s'occupe des questions de personnel-évaluation des besoins et recrutement- dans le contexte des besoins en matière de production. Entre autre, il comprend la prévision des compétences qui seront nécessaires, la formation et la valorisation du personnel, l'évaluation des performances, les récompenses et les systèmes d'incitations, les conditions de travail etc. Dans le cas d'une OMS, l'organisation et les relations entre le personnel médical et l'organisation sont des éléments-clés dans la manière dont l'organisation est conçue et fonctionne.

Les finances, quatrième sous-système. On s'occupe ici des sources de crédits, (équipement et fonctionnement), des relations entre ces crédits, de l'utilisation des crédits (contrôle des dépenses) et du coût de l'équipement et des services.

En résumé, le marketing détermine les besoins auxquels on veut répondre et les trois autres sous-systèmes trouvent les moyens de répondre à ces besoins. Il s'agit ensuite d'intégrer ces quatre éléments, c'est là le processus de planification qui tend à les réunir en un "plan d'activités". Le Document à l'Appui 8.2 présente graphiquement ce concept: la pyramide de planification.

Il est rare qu'au sein d'une organisation, ces quatre éléments soient bien agencés. En fait, l'OMS arrive rarement à réaliser tout ce qu'il faudrait faire. Même si l'OMS disposait des installations nécessaires pour

répondre à tous les besoins et demandes des clients, elle manquerait de personnel qualifié. Et même si on réunissait les ressources humaines, le financement ferait très certainement défaut.

Lors de ce processus de planification, l'OMS doit faire coïncider ses objectifs à la réalité. En d'autres mots, il faut fixer des priorités. Certains des besoins des clients seront satisfaits, d'autres non, car l'OMS n'a pas la capacité de production, ni les ressources financières et humaines adéquates.

Quand on détermine la faisabilité des prestations de service d'une OMS, l'équipe chargée de l'étude va commencer par le marketing, en bas à gauche sur la figure du document à l'appui 8-2 pour passer à droite à la production, puis aux ressources humaines et aux finances, on se déplace vers le haut par un mouvement de va et vient, rétrécissant les écarts entre les besoins, les services requis ou désirés et ce qui est réalistiquement faisable. Au cours de ce processus, l'équipe, chargée de l'étude de faisabilité, fixe et révise les priorités en matière de services de santé ainsi que pour leur production, prenant en compte les ressources financières et humaines, les facteurs environnementaux aussi bien que la structure de l'organisation de l'OMS prévue.

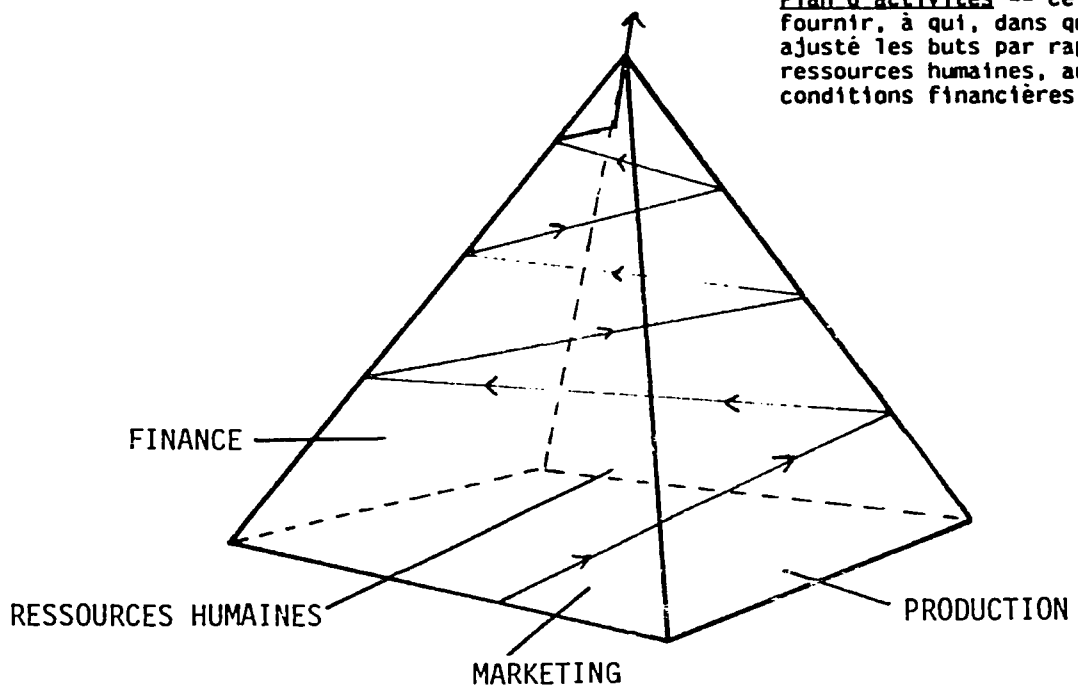
Si on arrive à un plan d'activités faisables, le processus analytique prépare le terrain de la planification définitive des composantes de l'OMS.

A partir de notre discussion, il est clair que les quatre aspects sont les pivots de la faisabilité des prestations de services de santé. Cependant, le point de concentration est la fonction production.

En décidant du programme de services, l'OMS devra être capable de fournir des services qui sont compétitifs par raport à ceux qui existent déjà du point

LA PYRAMIDE DE PLANIFICATION[1]

PLAN D'ACTIVITES



Plan d'activités -- ce que l'organisation peut effectivement fournir, à qui, dans quelles circonstances après avoir ajusté les buts par rapport au marché, à la production, aux ressources humaines, aux facteurs de l'environnement et aux conditions financières.

CADRES DE POLITIQUES ET FACTEURS DE L'ENVIRONNEMENT	MARKETING	PRODUCTION	RESSOURCES HUMAINES	FINANCIER
- Physique - Socio-culturel - Economique - Juridique/règlementaire - Technologique - Politique	Evaluation des besoins Etendue des serv. Services de promotion Impact des prix	Installations Activités Entretien Transport Communications Logistique	Evaluation des besoins Recrutement Formation Valorisation du personnel Evaluation Récompense/incitations Conditions de travail	Sources de crédits Investissement Fonctionnement Utilisation des crédits Contrôle des crédits Budgétisation

1/ Adapté de Adizes A. and Zukin P. "Approche pour la planification en matière de santé dans les pays en voie de développement. Gestion des soins de santé revu/1977; 1978.

de vue possibilités des services, satisfaction du client et coût. Par conséquent, si l'on veut démontrer la faisabilité des services de santé, il faut prouver que les services peuvent être effectivement fournis à un coût raisonnable.

Ce qui signifie que des installations appropriées sont disponibles et que des arrangements acceptables peuvent être faits pour s'assurer les services des médecins et des autres professionnels. Dans les pays où des mesures de contrôle de qualité sont requises, il faudra démontrer que l'OMS proposée peut fournir des programmes acceptable permettant d'évaluer la qualité et l'utilisation de ses services de santé et qu'elle a mis en place un mécanisme d'ajustement pour remédier aux manques. Même si le contrôle de qualité et d'utilisation n'est pas expressément demandée, les mesures pourraient quand même être prises aux fins de satisfaire le client et contrôler les coûts.

Dans les chapitres précédents, nous avons discuté de l'analyse du système de services de santé existant et de l'évaluation du climat concernant une nouvelle organisation sanitaire.

L'analyse du système existant devrait inclure une énumération de toutes les ressources en matière de services de santé qui sont en rapport avec l'OMS prévue. Pour ce faire, il serait utile de classer sur fiches les catégories de personnel et d'installations sanitaires avec leurs différentes caractéristiques. Par exemple, pour les médecins il serait intéressant de connaître le nombre de médecins par spécialité, s'ils exercent dans le cadre d'un groupe ou seuls, s'ils sont employés par le Gouvernement (à temps partiel ou à plein temps), leur âge et leur position face aux soins de santé prépayés. La liste des établissements sanitaires classés par zones de services devrait spécifier le type et la localisation des institutions, le nombre de lits dans chaque

service de spécialisations, la durée d'hospitalisation par service, les taux d'occupation, les relations avec une OMS si c'est le cas ou toute autre information utile quant à cette installation spécifique.

Les positions des divers groupes de population qui influencent l'acceptation et l'appui donnés à une OMS devraient également être étudiées. Il est clair que ces positions changeront en fonction des perceptions de chaque groupe. Le consommateur se souciera surtout des possibilités en matière de services de santé, des coûts, et cherchera à voir s'ils sont acceptables. En effet pour ceux qui payent eux-mêmes la plupart des frais médicaux, ces questions sont primordiales. Les médecins, eux, seront plus intéressés à analyser les conséquences de l'OMS sur leur mode de travail et sur leurs revenus. Les établissements santiaires peuvent considérer l'OMS comme une menace ou comme une source de patients et de recettes.

Le mode d'organisation de l'OMS influencera directement l'étendue des services, le mode de prestations et le coût final. Dans la plupart des cas, l'OMS aura au départ une préférence pour un modèle d'OMS donné. Quel que soient les raisons poussant à choisir un modèle plutôt qu'un autre, les modèles fonctionnant avec des groupes ou un personnel auront des services plus complets que les modèles ACI car dans les ACI les services sont moins centralisés et ne peuvent pas être aussi strictement organisés.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les arrangements organisationnels pris avec les médecins mettent en jeu des mécanismes différents pour les remboursements - salaires, services payants, honoraires, rénumération forfaitaire. A part les services payants, les autres méthodes de remboursement permettent à l'OMS d'avoir un contrôle relatif sur les coûts.

Les aspects importants dans le contrôle des coûts par rapport aux médecins sont le partage des risques et les dispositions en matière d'incitations. Nous les avons notés dans le présent document, car ils ont des conséquences sur le choix et la prestation des services de santé.

Dans le cadre de certaines OMS, par exemple Kaiser-Permanente, le "plan" passe des contrats annuels indépendants avec d'une part le groupe de médecins, d'autre part le(s) hôpital(aux). Dans chaque cas, pour une somme globale négociée, l'hôpital et le groupe de médecins acceptent de fournir les services de santé demandés aux membres spécifiés de l'OMS pour une période d'un an. Le groupe de médecins conjointement avec l'hôpital établit le budget annuel de l'hôpital, lequel sert de base pour fixer la somme globale qui sera versée à l'hôpital. Si l'hôpital dispose d'un excédent budgétaire, cette différence sera partagée entre les médecins et l'hôpital sur la base d'une formule négociée à l'avance. Etant donné que ce sont surtout les médecins qui contrôlent l'utilisation des hôpitaux et donc les coûts, ils peuvent, en limitant les services et l'utilisation des hopitaux, contrôler le budget des hôpitaux afin que celui-ci ne soit pas dépassé (d'habitude, il y a excédent).

Dans le cadre de Kaiser-Permanente, les médecins sont encouragés à réduire les frais hospitaliers, mais ils ne partagent pas les risques financiers pour tout dépassement de la somme globale annuelle. Par contre, pour d'autres OMS, les médecins peuvent partager les risques financiers en cas de dépassement des frais hospitaliers.

Il est de règle dans les OMS, que les médecins prennent un risque financier en cas de dépassement des coûts pour les services professionnels qu'ils fournissent. Suivant les différentes OMS, tels services professionnels seront considérés comme faisant partie des responsabilités de l'hôpital et

d'autres seront attribués aux médecins. Ces responsabilités varient d'une OMS à l'autre. Pour les services de consultation externe les médecins courent presque toujours un risque financier. Pour les services de radiologie, pathologie, rééducation physique et autres services spécialisés thérapeutiques ou diagnostiques, cela peut être soit le médecin, soit l'hôpital, et dans certains cas les deux.

Le partage des risques ou les incitations financières seront appliqués différemment dans les modèles d'ACI et autres modèles où puisque les médecins travaillent sur la base d'honoraires. Dans ces cas, les médecins acceptent que les paiements de l'OMS sont la compensation intégrale pour les services qu'ils fournissent aux membres de l'OMS, sauf si des co-paiements sont autorisés. D'habitude, les modèles d'OMS où les médecins font partie du personnel ou les modèles travaillant avec des groupes de médecins prévoient une réserve de fonds destinée à couvrir les dépassements des coûts. Les ACI prélèvent un certain pourcentage sur les honoraires ou les rénumérations forfaitaires par personne dûes aux médecins et ces fonds sont placés dans un compte confié à un tiers et servent à couvrir les coûts excédentaires. Quand les coûts des services professionnels sont moindres que ceux spécifiés dans le contrat, on distribue généralement des primes aux médecins (dans le cas des modèles d'OMS employant des médecins et des groupes de médecins)

Quel que soit le mode d'organisation, il faut s'assurer qu'on disposera du personnel nécessaire. Dans la plupart des cas, le personnel est disponible si toutefois on a pu arriver à des arrangements satisfaisants. Cependant cela peut poser un problème dans un pays qui limite l'entrée des expatriés. Par exemple, dans un des pays exportateur de pétrole du Moyen-Orient, il est stipulé que 50% des cadres soient des nationaux. Etant donné que l'offre en

matière de personnel compétent est limitée, cela restreint l'expansion des services de santé privés en même temps que cela mesure contrôle les afflux de travailleurs étrangers. Mais il est possible de contourner cette difficulté en obtenant une permission spéciale du Ministère de la santé ou d'une autre autorité compétente en la matière.

Toutes ces observations nous font dire que réunir un bon réseau sanitaire peut être difficile et ardu. Heureusement ce n'est pas toujours le cas. Quand il y a déjà un établissement sanitaire fournissant des services à des employés d'une industrie et à leurs familles, ces services de santé peuvent être utilisés pour mettre en place une OMS.

A Tema au Ghana, la Valco Aluminum Company (90 pour cent des actions sont détenus par la Kaiser Aluminum) possède un hôpital et un établissement de consultations externes qui lui permet de fournir des services à 10.000 employés de Valco et à leurs familles. Tema, un port primaire du Ghana, a des chantiers navals et une zone industrielle. Il y a quelques années, on a essayé on a essayé de fonder une OMS à Tema centrée sur les services de santé de Valco. Malgré un intérêt considérable de la part des employés, le projet a échoué par suite de l'instabilité politique du Ghana et de la chute de l'économie. Par contre à Cordoba en Argentine, on a assisté à une réalisation réussie d'une OMS qui s'est faite à partir des services internes d'une entreprise. En effet, une importante usine de fabrication d'automobiles a stimulé la création d'une OMS dans le but, non seulement de limiter ses coûts pour les services de santé, mais aussi pour mettre en place un service communautaire.

En conclusion, si on utilise une approche de planification organisée, telle la pyramide de planification que nous avons discutée, il est non

seulement possible d'évaluer la faisabilité des services de santé d'une OMS proposée, mais aussi de fournir un cadre de référence pour la planification finale de l'élaboration et de l'organisation de l'OMS et de ses composantes. L'approche est centrée sur quatre sous-systèmes qui constituent toute organisation fabricant des produits ou fournissant des services: marketing, production, ressources humaines et finances. Cette approche définit les besoins, les services pour répondre à ces besoins et présente en détail le processus pour produire ces services. En tenant compte des ressources disponibles, de celles qu'on peut valoriser, en connaissant les différents facteurs et influences qui peuvent être ou un obstacle ou un support pour l'OMS, on peut passer à l'étape suivante et faire la faisabilité des prestations de services de santé. A titre d'information, on peut noter que dans le cas où l'OMS utilise comme base un hôpital déjà en place, ayant un personnel médical salarié, il est plus facile de mettre au point un programme de services que quand il faut partir de zéro avec un système non défini.

9.0 FAISABILITE COMMERCIALE

Si on suppose qu'il n'y a pas de restrictions juridiques évidentes à l'établissement d'une OMS proposée, la tâche la plus importante que doit accomplir l'entrepreneur est d'analyser le marché potentiel et de s'assurer de sa faisabilité. Pendant ce temps, on peut préparer les grandes lignes d'un plan de marketing.

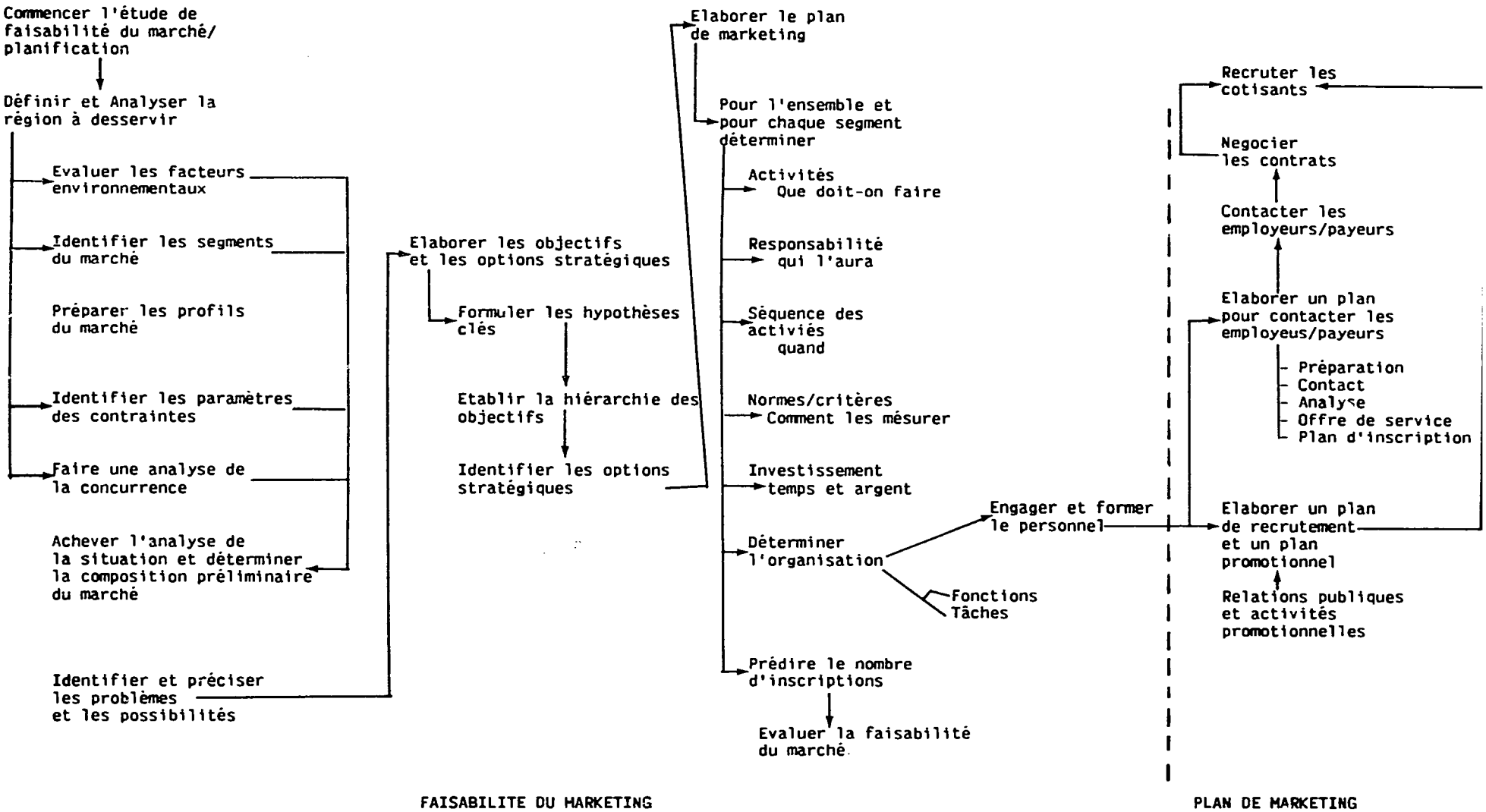
Le marketing d'une OMS est une activité complexe qui demande l'élaboration d'ensembles de service qui répondent aux besoins et aux demandes des divers clients éventuels, le choix d'un endroit où ces services seront fournis, la conception d'une stratégie destinée à promouvoir ou à "vendre" le programme de l'OMS et l'établissement d'un barème de prix pour les services qui les rendra compétitifs avec les autres services de santé disponibles dans la région qui sera desservie par l'OMS.

L'étude de faisabilité commerciale demande qu'on énonce des objectifs et une stratégie pour les atteindre. Un schéma des étapes nécessaires pour conduire une étude de faisabilité commerciale et élaborer le plan de marketing préliminaire est présenté dans le Document à l'Appui 9-1. Fondamentalement, l'évaluation de la faisabilité consiste en trois activités principales. Ces activités, décrites plus longuement ci-dessous consistent à : définir et à analyser la région à desservir, élaborer les objectifs et les options stratégiques et élaborer un plan de marketing. Le résultat de ces étapes - si on suppose que la faisabilité a été établie - est un plan de marketing qui mènera à des contrats avec les payeurs et au recrutement de membres ou de signataires pour l'OMS.

DOCUMENT A L'APPUI 9-1

ACTIVITES PRINCIPALES D'UNE ETUDE DE FAISABILITE ET D'UN PLAN DE MARKETING D'UNE OMS

DIAGRAMME DES ETAPES



9.1 Définir et analyser la région à desservir

L'étude de faisabilité et la planification du marketing commencent par l'analyse des services et des marchés dans certaines zones géographiques. Les activités principales sont soulignées ci-dessous :

- Définir et analyser la région où l'OMS fournira les services ainsi que les zones avoisinantes où les services de l'OMS seront aussi offerts.

- Evaluer les facteurs environnementaux - facteurs démographiques, (y compris ceux concernant le statut sanitaire de la population), géographiques et économiques (la Section 8.0 décrit en détail ces activités).

- Identifier les segments du marché - groupes (financés par les employeurs, membres des syndicats, etc.), bénéficiaires du secteur public et individus; noter qui sont les "clients".

- Préparer les profils du marché. Chaque segment spécifique du marché consiste de clients éventuels (soit les clients eux-mêmes soit ceux qui paient pour les clients) qui ont des caractéristiques similaires ou connexes, qui ont des besoins et des désirs communs, qui répondront à des motivations semblables et qui vraisemblablement achèteront un service ou un produit qui répondra à des besoins et désirs communs. En ce qui concerne les membres d'une OMS, les critères que l'on peut utiliser pour procéder à la segmentation du marché comprennent la situation géographique, les groupes d'âge, l'éducation, occupation et type d'emploi, le revenu, la taille de la famille, l'appartenance aux syndicats, le statut social et autres. Les types d'employeurs, le nombre de leurs employés, l'intérêt que les employeurs portent á la santé de leurs employés et les lois exigeant que des services de santé soient fournis ou payés pour les employés sont des aspects importants du profil du marché. En ce qui concerne l'employé, certaines des caractéristiques qui devront être explorées et précisées sont le taux d'adhésion aux syndicats, le pouvoir des syndicats et la mesure dans laquelle les employés et les syndicats comprennent ce que sont les OMS et à quel point elles sont désirables en tant que source de services de santé. En ce qui concerne le secteur public, le profil devrait analyser les responsabilités et les obligations existant dans le domaine de la santé, et ceux envers qui elles existent, déterminer ceux qui sont autorisés à recevoir les soins, l'étendue des services, leur accessibilité, le niveau de financement, le partage des coûts, etc.

- Identifier les paramètres des contraintes - dans diverses sections de ce guide on discute d'aspects spécifiques de la faisabilité des OMS.

- Analyser la concurrence - y compris le secteur privé, les OMS avec lesquelles il faudrait entrer en compétition, le secteur public - par rapport à :

- leurs parts relatives du marché
- les modèles de consommation des services sanitaires
- les services disponibles, les conditions d'accès (distance de l'endroit où les services sont rendus, temps d'attente), satisfaction des clients, coûts pour l'utilisateur en général et à l'endroit où les services sont rendus).

. Achever l'analyse de la situation et déterminer la composition préliminaire du marché. Résumer les facteurs-clés, les tendances significatives et les forces principales qui influencent le type et le nombre de cotisants qu'une OMS pourrait avoir. Pour préparer la composition préliminaire du marché, il est nécessaire d'établir une liste de services pour chaque segment du marché (il se peut qu'ils soient les mêmes ou différents pour tous les segments), d'élaborer une stratégie promotionnelle pour chaque segment du marché et d'établir les coûts des services (prix) en utilisant pour base le segment du marché et le type de service qui sera fourni.

. Identifier et préciser les problèmes et les possibilités.

9.2 Elaborer les objectifs et les options stratégiques

Pour réaliser cette activité, on commence par formuler des hypothèses-clés. Ces hypothèses peuvent couvrir un large éventail de sujets concernant le système existant de soins de santé, les besoins et les demandes non satisfaits, les questions et les problèmes et comment ces facteurs affectent une OMS proposée. Une hypothèse typique pourrait être que le coût des services de santé pour les employés s'accroît à une telle vitesse qu'il est une charge sérieuse pour les employeurs et les consommateurs et qu'une alternative, c'est-à-dire une nouvelle organisation de services de santé serait la bienvenue. D'autres hypothèses pourraient être liées au fait que les services de santé existants ne sont pas adéquats et pourraient être améliorés par une organisation plus globale et moins fragmentée des services de santé.

Sur la base de ces hypothèses, on établit des objectifs que l'on ordonne selon leur importance. En général, il y a en matière de marketing, trois objectifs principaux. Le premier est d'aggrandir le marché en créant de nouveaux produits (services) ou d'élargir le marché lui-même, par exemple, comme

en établissant une nouvelle organisation fournissant des services de santé telle qu'une OMS. Le deuxième est d'accroître la part du marché. Cele peut se faire en insistant sur l'aspect élaboration et amélioration du produit, par la promotion des ventes et en soulignant les services rendus aux clients. Le troisième objectif est d'améliorer la rentabilité. Afin de réaliser ce dernier objectif, on peut accroître les ventes, éliminer les activités qui ne rapportent pas et réduire les coûts.

L'analyse de ces objectifs généraux facilitera la formulation d'objectifs spécifiques et de stratégies visant à les atteindre. Une décision stratégique-clé est de définir le marché à desservir et de formuler la stratégie et les tactiques destinées à chacun des segments du marché. Cette stratégie déterminera comment répartir les ressources et comment souligner les facteurs suivants : importance des services, niveaux des prix, effort de promotion ou de persuasion et services au client (services pratiques et accessibles).

Pour chacune de ces stratégies de base, on dispose de nombreuses options pour les réaliser. En tout cas, on doit toujours mettre l'accent sur le besoin de créer un avantage compétitif, en offrant soit des services qui sont plus attirants, soit des services acceptables à un prix inférieur à celui de la compétition pour les mêmes services, soit des activités promotionnelles plus efficaces et/ou des services supérieurs. Lors de l'évaluation de ces stratégies, il est nécessaire d'établir et la direction de cet effort et le taux et la force de cet effort.

9.3 Etablir la faisabilité commerciale et élaborer les lignes directrices du plan de marketing

Le but principal des étapes et des activités qui ont été discutées jusqu'à présent dans ce chapître est de fournir la possibilité de prévoir quel sera le

nombre de cotisants à l'OMS proposée sous des conditions spécifiques concernant la prestation de services, le prix, etc. Si on suppose que le nombre d'inscriptions sera adéquat et que le prix proposé permettra à l'OMS d'atteindre le seuil de rentabilité sur une période de temps acceptable, l'OMS proposée est faisable, du moins du point de vue marketing.

Pour en arriver au point où on peut prédire le nombre de cotisants, il faut planifier les activités nécessaires, élaborer des calendriers d'exécution, établir des normes et des critères pour mesurer la performance, déterminer et se nantir des ressources nécessaires, concevoir et établir la structure organisationnelle nécessaire pour réaliser les activités de marketing et assigner les tâches et les responsabilités.

Ayant complété toutes ces étapes, le cadre de référence nécessaire pour s'engager dans les activités de marketing est en place. Cependant, il faudra des ressources supplémentaires et plus de personnel devra être engagé et formé.

Toutes les activités détaillées qui auront lieu lorsque le marketing commence ne rentrent pas dans le cadre de ce guide - cependant, le Document à l'Appui 9-1 en présente les étapes principales, c'est-à-dire surtout les contacts avec les employeurs (ou autres parties avec qui les contrats pour les services à rendre aux membres des OMS seront negociés) et la mise en place d'un système de promotion pour encourager les inscriptions.

La sélection des employeurs qui devront être contactés et les processus employés à cette fin pourront comprendre des analyses complexes et de nombreuses activités. L'utilisation de diagrammes et de tableaux pour organiser et guider le travail et pour présenter en détail les résultats facilite grandement la tâche. Les Documents à l'Appui 9-2 et 9-3 sont des exemples d'approches

adaptées de Kaiser-Permanente Advisory Services (Services de Conseil de Kaiser-Permanente) utilisées pour choiser des sites pour les OMS et les employeurs ou autres groupes éventuels qui se "joindront" à l'OMS et qui paieront pour les membres de l'OMS.[1/]

A la limite, la nécessité d'assurer une base économique adéquate dans la zone desservie et un nombre suffisant de membres pour qui les cotisations sont payées sont les deux éléments les plus critiques lorsqu'on essaie d'établir la faisabilité d'une OMS.

1/ Slayman, W.O., Kaiser-Permanente Advisory Services, (Services de conseil de Kaiser-Permanente), communication personnelle.

DOCUMENT A L'APPUI 9-2

SEQUENCE SUGGEREE POUR LES ETAPES DE SELECTION D'UN SITE POUR UNE OMS SOCIETE/ORGANISATION

Etape 1 : FAIRE UNE LISTE DES SIEGES SOCIAUX LES PLUS IMPORTANTS
Elaborer des listes de villes et de sièges sociaux de sociétés/organisations qui pourraient être considérées comme site possible. L'information nécessaire à ce stage est minimale.

Etape 2 : PREMIERE SELECTION
Appliquer les critères de base selon le tableau de sélection, c'est-à-dire mesure dans laquelle la région convient pour une OMS (pénurie de médecins spécialisés en soins primaires, etc.), commencer par les villes primaires et les employeurs les plus importants (voir Document à l'Appui 9-3), puis passer aux villes secondaires et aux employeurs moins importants.

Etape 3 : COLLECTER L'INFORMATION - PERSPECTIVES D'AVENIR - VILLES
Elaborer une liste de noms de contacts qui pourraient devenir des clients ainsi que l'information factuelle pertinente sur les employeur(s) et la ville qui permettra de les classifier selon le tableau de sélection.

Etape 4 : ELABORER UN PLAN POUR ETABLIR LE CONTACT
Déterminer quelle est la meilleur approche pour contacter le futur client, par exemple est-il mieux de contacter le président ou le chef du personnel. Qui devrait établir le contact, comment et quand ? Comparer le contact personnel avec d'autres moyens tels que lettre, visite, séminaire.

Etape 5 : COMMUNICATION POUR ETABLIR LE CONTACT
Tenir une réunion initiale et présenter le concept d'OMS. Stimuler l'intérêt et l'engagement pour les étapes suivantes.

Etape 6 : ETUDE DE PRE-FAISABILITE
Conduire une étude sur le marketing et la dynamique financière d'une OMS éventuelle dans cette région à l'intention des employeurs et autres organisations pouvant être intéressés.

Etape 7 : ETUDE DE FAISABILITE DETAILLEE
Obtenir des renseignements spécifiques sur la taille, le type et la faisabilité opérationnelle d'une OMS - renseignements financiers, juridiques, professionnels et commerciaux.

DOCUMENT A L'APPUI 9-3

TABLEAU : PROJECTION DES PRIORITES

Le but d'un tableau visant à projeter des priorités est de permettre à un responsable du marketing de choisir les clients éventuels auxquels il doit accorder la plus haute priorité et réciproquement d'identifier les clients ayant la priorité la plus basse. Ce tableau est destiné à être utilisé lorsqu'il y a peu ou pas d'information de première main sur un client. On peut aussi l'utiliser d'une manière progressive avec les clients actuels au fur et à mesure que l'on établit les contact et qu'on détermine leur intérêt.

La première étape consiste à identifier les variables (critères ou conditions) associées avec les clients les plus "attrayants". La deuxième consiste alors à identifier les critères ou conditions qui décrivent les clients qui, "le plus vraisemblablement", accepteront ou achèteront. Les étapes suivantes peuvent être utilisées pour identifier les variables indépendantes associées avec "les moins vraisemblables" et "les moins désirables," bien que ces états soient le plus souvent opposés aux critères concernant "le plus vraisemblable," etc.

GRAPHIQUE 1

Le plus attrayant	A Candidat de haute priorité
B Priorité la plus basse Le moins d'effort et de temps Le moins attrayant	

Le moins vraisemblable — Le plus vraisemblable

Certains critères et conditions pertinents qui doivent être considérés lors de la sélection des organisations que l'on contactera parce qu'elles sont d'éventuelles adhérentes à une CMS sont mentionnés dans les tableaux et graphiques ci-dessous.

TABLEAU I

CRITERES POUR LA SELECTION DES EVENTUELS COTISANTS

CONDITIONS LES MEILLEURES

Employeur

1. Une société (ou une autre organisation) dans un secteur industriel en expansion ou un domaine du secteur tertiaire en expansion.

2. Un siège social situé dans une ville qui est un endroit ayant de bonnes possibilités pour une OMS.

3. La compagnie a une concentration d'employés dans la ville où se trouve son siège social (au moins 2.000 employés).

4. Il y a plusieurs sociétés dont le siège social se trouve dans la ville.

5. La compagnie qui pourrait adhérer à plusieurs fournisseurs dans la région.

6. Le chef du personnel (ou la personne qui s'occupe de l'assurance maladie) est une personne dynamique, très respectée et en faveur des OMS.

7. Le coût des soins médicaux est l'une des préoccupations des cadres supérieurs de la société.

8. La société a entrepris des études, des projets et a établi des commissions pour étudier le coût des assurances maladies de l'organisation.

9. La société fait preuve d'un sens civique envers la communauté et supporte activement les activités civiques et communautaires.

10. Le coût actuel des soins médicaux est élevé.

11. Le coût des soins médicaux s'est accru à un taux alarmant.

12. Le coût des assurances est partagé entre l'employeur <u>et</u> les employés (c'est-à-dire une certaine somme est déduite du salaire des employés).

CONDITIONS LES MEILLEURES

La Région - Population/Economie/Services de Santé

1. La région où les services seraient rendus fait partie d'une région géographique dans laquelle il y a une concentration de population.

2. La population est en train de s'accroître :

   a. La migration vers la région est supérieure à la migration vers d'autres régions et le nombre des naissances est supérieure au nombres des décès.

   b. un pourcentage élevé de nouveaux arrivants.

3. Il y a une pénurie (ou un taux peu élevé) de médecins spécialisés en soins primaires.

4. Il y a un surplus de lits d'hôpital.

5. Il y a un bon réseau routier qui permet de venir en ville, d'en sortir facilement et de circuler sans problèmes dans les environs.

6. La structure du système fiscal et le climat politique seront propices à la croissance des nouvelles sociétés et à l'expansion des installations des employeurs déjà sur place.

7. Des bureaux gouvernementaux importants des autorités locales, des états et du gouvernement fédéral sont aussi situés dans la région où les services seront rendus.

8. Il y a pas actuellement une OMS dans la région.

TABLEAU II

QUI SERONT LES PLUS VRAISEMBLABLEMENT INTERESSES A UNE ETUDE CONCERNANT UNE OMS

Employeur

1. Le coût des soins médicaux est élevé et s'accroît à un taux alarmant.

2. La société a nommé un groupe de travail, une commision ou une équipe de projet pour examiner les options qui pourraient être utilisées pour limiter le coût des soins médicaux.

3. Ville où se touve des sièges sociaux.

4. Concentration d'employés dans la région.

5. La Société est engagée activement dans les affaires civiques et communautaires.

6. L'employeur a un plan global d'assurances maladies et paie tous les coûts.

La région

1. Le coût des soins médicaux est élevé.

2. Surplus de lits d'hôpital.

3. Pénurie de médecins spécialisés en soins primaires.

4. Des sociétés importantes ont des sièges sociaux dans la ville.

5. La coopération entre l'employeur et la communauté est très bonne.

6. La communauté pense que les services médicaux sont difficiles à obtenir et ne sont pas à la disposition de tous.

GRAPHIQUE 2

RESUME : SELECTION DU SITE D'UNE OMS
TABLEAU : PROJECTIONS DES PRIORITIES

Le plus attrayant	Employeur(s) 1. Une des préoccupations de la société est le coût des soins médicaux (élevé, accroissement rapide) 2. La Société a son siège social et un nombre substantiel d'employés dans la ville (plus de 2.000) 3. Le chef du personnel a de l'autorité et de l'influence 4. La Société est activement engagée dans les affaires communautaires Région 1. La population est relativement nouvelle et croissante 2. Un bon système de transport 3. Taux de médecins spécialisés en soins primaires 4. Surplus de lits d'hôpitaux (taux d'occupation peu élevé) 5. Pas d'OMS dans la région
Employeur(s) 1. Pas d'employeurs du secteur privé importants dont le siège social est dans la région 2. L'employeur donne peu avantages 3. Les salaires sont peu élevés (peu de revenu discrétionnaire) 4. Le coût des soins médicaux n'est pas une préoccupation majeure Région 1. Population âgée, établie et décroissante 2. Installations vieilles 3. Problèmes avec le système fiscal et les incitations pour les nouvelles entreprises 4. Il y a déjà plusieurs OMS dans la région Le moins attrayant	

Le moins vraisemblable — Le plus vraisemblable

10.0 FAISABILITE FINANCIERE

Au début, on devrait mettre l'accent sur le fait qu'évaluer la faisabilité financière d'une OMS proposée est une activité complexe qui requiert les compétences de spécialistes ayant beaucoup d'expérience en matière de financement des services médicaux. Cependant, cette tâche doit être accomplie si on veut évaluer la capacité de l'OMS d'atteindre le seuil de rentabilité et de devenir indépendante financièrement sur une période de temps spécifiée.

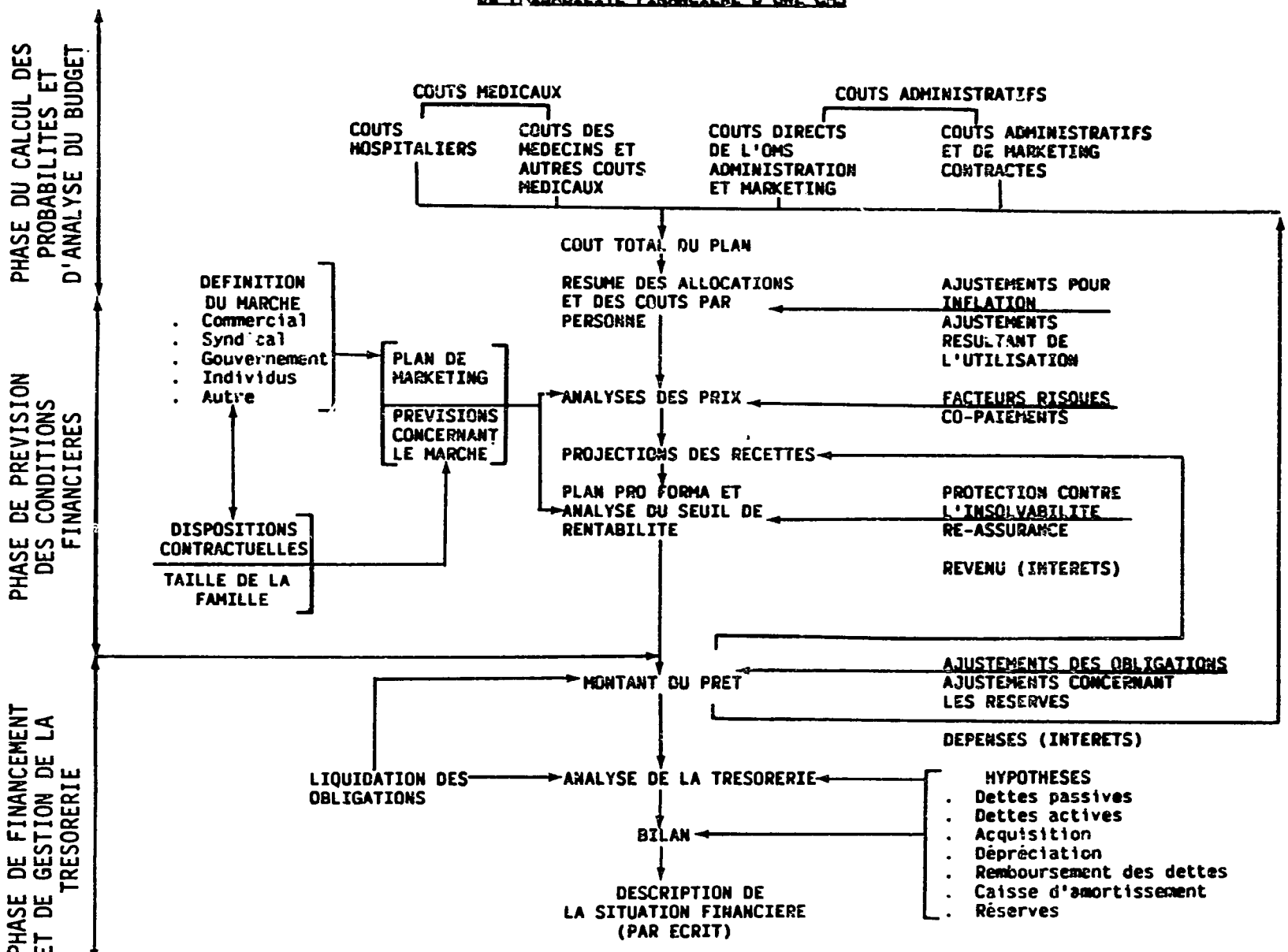
Pour cette analyse générale, des renseignements facilement disponibles ont été utilisés (par exemple, ceux qui sont contenus dans le Chapitre V du rapport de Birch and Davis Associates, Inc., intitulé "Un Guide à la Faisabilité des Organisations de Maintient de la Santé). Plusieurs des documents à l'appui dans le rapport de Birch and Davis Inc. sont reproduits ici pour illustrer le processus de la faisabilité financière et en souligner les étapes principales.

Déterminer la faisabilité financière comprend trois étapes principales : d'abord, on doit établir le coût prévu du programme proposé, c'est-à-dire la phase de calcul des probabilités et d'analyse du budget; ensuite, la phase de prévisions des conditions financières; et finalement, la phase de financement et de gestion de la trésorerie.

Le Document à l'Appui 10-1 montre les tâches principales requises pour développer le plan financier d'une OMS et pour évaluer sa faisabilité financière. Puisque le plan vise à ce que l'OMS atteigne un seuil de rentabilité en cinq ans, il est probable qu'au moins une partie du financement devra provenir d'un prêt ou d'un garant. Beaucoup de facteurs auront une influence sur cette condition, par exemple, l'OMS doit-elle ou non payer les dépenses d'équipement de tout ou d'une partie de hôpital, ou d'autres

DOCUMENT A L'APPUI 10-1

TACHES IMPORTANTES REQUISES POUR ELABORER UN PLAN DE FAISABILITE FINANCIERE D'UNE OMS



Source : Birch and Davis, Inc.

installations. L'OMS commence-t-elle en tant que nouvelle entité ou devient-elle, dans une nouvelle région, une "filiale" d'une OMS qui existe déjà. Le fait que c'est une organisation à but lucratif ou non est un autre facteur qui doit être considéré. Qu'une OMS fonctionne comme une organisation à but non lucratif a généralement peu de conséquences sur le revenu des médecins. La différence principale réside dans le traitement des excédents financiers lorsque les recettes excèdent les dépenses. Dans une OMS à but lucratif, les excédents sont distribués aux actionnaires ou aux partenaires ou sont retenus pour être utilisés pour l'expansion de l'OMS ou pour autres usages. Cependant, ces excédents sont généralement imposables. Les OMS qui sont des organisations à but non lucratif espèrent aussi faire des profits. Cependant, ceux-ci ne sont pas donnés aux investisseurs et les excédents ne sont généralement pas imposables. Les fonds sont utilisés pour les dépenses de fonctionnement ou pour financer les installations, et il est possible que les professionnels reçoivent des primes. En plus, du moins théoriquement, une OMS à but non lucratif peut faire payer moins pour les soins médicaux que ne le font les organisations à but lucratif car elles épargnent le coût des impôts et ne paient rien aux investisseurs.

Dans la discussion qui suit, il faut mettre l'accent sur le fait qu'il y aura une grande variété entre les diverses OMS éventuelles et qu'il y aura une différence considérable dans la manière dont les programmes sont financés, et pour leurs dépenses d'investissement et pour leurs dépenses de fonctionnement. Chaque situation sera unique et pourra demander beaucoup de créativité dans le domaine de la planification financière.

L'étude de faisabilité financière typique d'une OMS commence par la préparation d'un budget détaillé de démarrage et d'un budget de fonctionnement

pour une période de cinq ans, calculé d'une manière composée. Pour la première année, les dépenses sont estimées mensuellement et pour les quatre années suivantes, trimestriellement. Il faut beaucoup d'attention et de compétences pour faire ces projections. On doit établir une série d'hypothèses concernant les coûts des soins médicaux. Pour ce faire, il est nécessaire d'estimer le taux d'utilisation de l'hôpital, le montant moyen des honoraires reçus pour les soins hospitaliers et les coûts encourus dans les cas où des membres de l'OMS doivent être référés pour des services spécialisés qui ne sont pas disponibles au sein de l'OMS. Plus l'OMS sera importante et centralisée, plus il sera facile d'estimer ces coûts. Sur la base des prévisions concernant le coût des soins et en prenant en considération les coûts administratifs, l'OMS pourra calculer un coût par personne ou un taux de cotisation que la plupart des OMS exprime comme le coût par membre et par mois.

L'analyse du marché porte à la fois sur les phases d'analyse du budget et de prévisions des conditions financières. L'étendue des services de santé et la manière dont ils seront rendus résultera en grande partie de l'étude de marché et ces services dépendent directement des coûts de prestation. En ce qui concerne les conditions financières, le niveau des prix tel qui déterminé par l'étude de marché mène directement aux prévisions sur les recettes résultant du paiement des cotisations auquel on peut s'attendre.

Afin de déterminer la capacité d'une OMS à répondre à ses besoins financiers quotidiennement (liquidité), la phase de financement et de gestion de la trésorerie doit prendre en considération les séquences recettes-dépenses prévues. Celà fournit à la future OMS une base permettant d'estimer la taille de l'emprunt dont elle aura besoin et la date à laquelle le contracter et de mettre au point des bilans.

DOCUMENT A L'APPUI 10-2

RESULTATS LES PLUS IMPORTANTS DE L'ETUDE DE FAISABILITE FINANCIERE

				COUTS ADMINISTRATIFS	COUT PAR MEMBRE
			AUTRES COUTS MEDICAUX ET UTILISATION		
ANALYSE DES PROBABILITES ET DU BUDGET	COUT DE L'HOPITAL ET RAPPORT D'UTILISATION	COUTS DES SERVICES ET UTILISATION DES MEDECINS			
PHASE DE PREVISIONS DES CONDITIONS FINANCIERES	STRUCTURE DES PRIX PROPOSEE	PREVISIONS DES RECETTES	DECLARATION PRO FORMA ET ANALYSE DE RENTABILITE		
				ANALYSE DE SENSIBILITE	
PHASE DE FINANCEMENT ET DE GESTION DE LA TRESORERIE	CONDITIONS REQUISES POUR LES EMPRUNTS FEDERAUX	ANALYSE DE LA TRESORERIE	BILANS PRO FORMA		

ANALYSE ET RESUME PAR ECRIT

Source: Adapté de Birch and Davis Associates, Inc.

Le Document à l'Appui 10-2 présente sous forme de graphique les résultats les plus importants des phases de l'étude de faisabilité financière. Bien que de nombreuses tâches apparaissent sur le graphique et que certaines d'entre elles doivent être entreprises dans un ordre séquentiel, en fait un bon nombre d'activités peuvent être exécutées en même temps. En outre, puisque l'étude financière et les études des autres aspects de la faisabilité de l'OMS sont liées les unes aux autres et sont interdépendantes, une collaboration continue est nécessaire entre les membres de l'équipe chargée de l'étude de faisabilité. Les aspects principaux des phases de faisabilité financière sont discutés ci-dessous.

10.1 ETABLIR LES COUTS ANTICIPES D'UNE OMS PROPOSEE

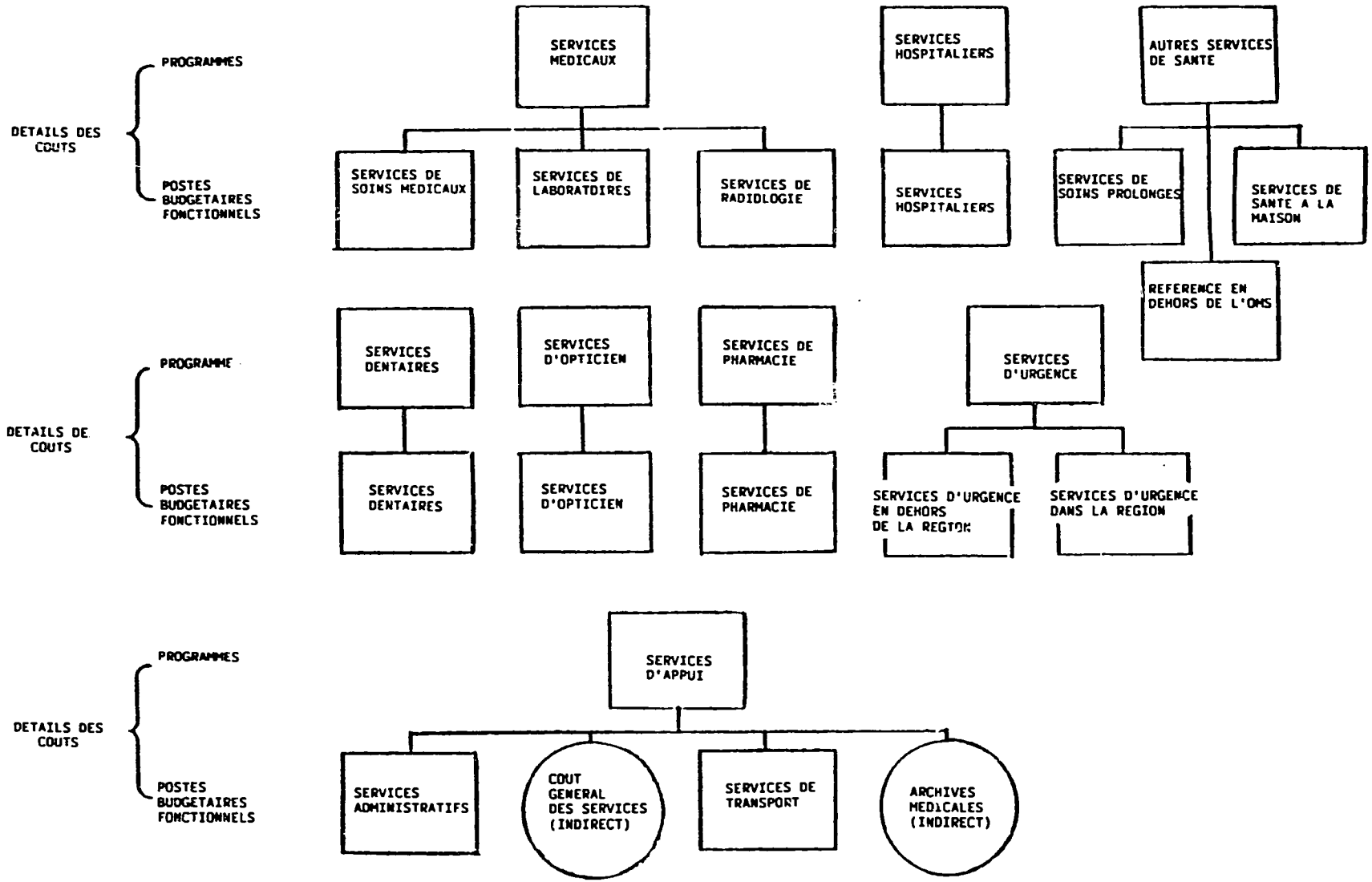
Pour estimer les coûts de démarrage et de fonctionnement sur une période de cinq ans, il est nécessaire de définir la population à desservir, l'ensemble des services de santé à fournir et les ressources humaines et autres ressources nécessaires et celà en tenant compte de la concurrence. Un ensemble de catégories de coûts ou de postes budgétaires sont établis et ceux-ci sont utilisés pour élaborer un budget de fonctionnement. Le Document à l'Appui 10-3 indique quels sont certains des postes types en ce qui concerne une OMS.

Il est important de différencier entre les coûts fixes et les coûts qui varient en fonction du type et du nombre des services fournis. Les coûts fixes ne changent pas en fonction du nombre de membres de l'OMS tandis que les coûts variables sont directement liés au nombre de membres. Certains coûts sont relativement fixes mais varieront avec des changements importants au niveau de la demande. On les appelle des coûts semi-variables. Les salaires du personnel-clé et le coût de certaines installations sont des exemples de coûts fixes. Parmi les coûts semi-variables on trouve le coût des services publics tel que le téléphone pour lequel on paie un abonnement mensuel auquel sont ajoutés les frais proportionnels à l'utilisation. Le coût des médicaments et les coûts dûs au besoin de référer des membres de l'OMS à des services spécialisés sont des coûts variables typiques.

Il est impératif d'examiner attentivement les estimations des coûts hospitaliers puisque ces coûts représentent la part la plus importante du budget de l'OMS. Le nombre de jours d'utilisation des lits par 1.000 membres et les coûts journaliers par patient sont les facteurs les plus importants contribuant aux coûts hospitaliers.

DOCUMENT A L'APPUI 10-3

EXEMPLES DE POSTES BUDGETAIRES FONCTIONNELS



Source: Adapté de birch and Davis Associates, inc.

Le nombre d'utilisation par 1.000 membres est lié à de nombreux facteurs. Bien sûr, ceux-ci comprennent le statut sanitaire de l'ensemble des membres et comment la médecine est exercée dans la communauté. La gestion des patients par l'OMS est un déterminant d'importance critique. En limitant les soins hospitaliers aux patients gravement malades et en accroissant la disponibilité des soins ambulatoires, une OMS peut réduire l'utilisation de ces hôpitaux. Envoyer des patients au début de leur convalescence, soit dans une maison de convalescence soit ailleurs, réduit aussi l'utilisation des hôpitaux. Une OMS qui est la propriétaire ou qui a un contrôle important de son hôpital est dans une bien meilleure position pour limiter l'utilisation de l'hôpital qu'une OMS qui doit utiliser les installations disponibles dans la communauté où l'inefficacité peut accroître la durée du séjour. En d'autres mots, plus une OMS est indépendante et centralisée, moins elle utilisera son hôpital.

Les coûts hospitaliers sont généralement divisés en deux catégories - les frais journaliers pour la chambre d'hôpital y compris la nourriture et les soins infirmiers en général et les frais auxilaires qui couvrent les autres services tels que les médicaments, les études diagnostique, l'utilisation des installations (par exemple, la salle d'opération) les soins infirmiers spéciaux ou intensifs, etc. Dans ces OMS qui n'utilisent pas le système d'honoraires contre services rendus, il est possible que les frais journaliers hospitaliers soient considérés comme une seule catégorie et ne soient pas divisés comme on l'a mentionné ci-dessus.

Lorsqu'on estime les frais hospitaliers il est nécessaire de formuler des hypothèses actuarielles. Selon la disponibilité des données et la complexité de la situation, il se peut qu'il soit nécessaire d'utiliser les services d'un actuaire professionnel.

Les données de base nécessaires sont : nombre d'admissions à l'hôpital par 1.000 membres, durée moyenne du séjour à l'hôpital (DMS) et nombre de jour hospitalisés par 1.000 membres. Ces statistiques devront être obtenues pour chaque service (pédiatrie, chirurgie, etc.) et si possible en tenant compte d'autres variables telles que âge, groupe ethnique, etc. Chaque situation sera différente et ceux qui seront responsables de l'étude de faisabilité devront décider quelles seront les données nécessaires.

Pour calculer le taux moyen par jour, l'équipe d'étude doit considérer les coûts hospitaliers de chacun des services, pour tous les hôpitaux dans lesquels l'OMS placera ses patients. Dans un système comprenant plusieurs hôpitaux, ceci peut s'avérer être une tâche colossale.

Le stade suivant consiste à calculer le coût de l'hospitalisation par membre et par mois en utilisant le taux hospitalier journalier moyen. Le coût de l'hospitalisation sera estimé pour chaque mois de la première année et pour chaque trimestre des années suivantes en tenant compte des taux d'inflation prévus et de tout autre facteur qui pourrait avoir un effet sur l'utilisation de l'hôpital ou sur les coûts, par exemple, les progrès technologiques.

Les services des médecins de l'OMS viennent immédiatement après l'hospitalisation en termes de coûts. Ils comprennent non seulement les salaires mais aussi les charges sociales, les pensions et les primes. Pour estimer le coût des services des médecins, il est nécessaire de tenir compte des caractéristiques du modèle d'OMS considéré, y compris les composantes programmatiques qui seront la responsabilité des médecins. Comme on l'a souligné plus haut, cela peut comprendre non seulement les compensations pour les médecins mais aussi les services pour les consultations externes et pour certains services diagnostiques et thérapeutiques de l'hôpital.

Lors de l'estimation du coût des médecins, soit que le coût estimé par membre ou le coût des honoraires pour services rendues, des hypothèses concernant trois facteurs principaux sont établies. Ces facteurs sont les honoraires en vigueur dans la communauté, le niveau d'utilisation des services et les services spécifiques qui doivent être fournis. Le montant des honoraires est évidemment important pour le calcul du coût des médecins qui seront payés de cette manière. Mais il est également important d'estimer le coût des services des médecins dans les OMS du modèle groupe médical où le groupe est payé par l'OMS sur la base du coût par membre et où chaque médecin est payé un montant negocié. Puisque des honoraires pour services rendus prédominent dans presque toutes les communautés où l'exercice privé est permis, la norme de compensation que l'OMS devra utiliser pour attirer des médecins, en tant que membre du personnel ou membres d'un groupe, doit être grosso modo comparable à un système d'honoraires pour services rendus.

Comme pour l'estimation des coûts de l'hospitalisation, le chiffre qui doit être calculé en ce qui concerne les services des docteurs est le coût global mensuel par membre. Pour arriver à ce chiffre, les diverses activités liées aux médecins doivent être catégorisées par type de services, par endroit où les services seront rendus (hôpital, installations de soins ambulatoires, à la maison ou dans les institutions où l'OMS réfère ses patients) et par catégorie de personnel. Notez-bien que le coût des services des médecins peut inclure des infirmiers, des techniciens et autre personnel d'appui, divers types d'assurance ainsi que des dépenses dues à l'occupation des installations et à l'achat et l'entretien de l'équipement.

Comme dans le cas des frais d'hospitalisation, il est possible que des services actuariels soient nécessaires pour élaborer la base de données grâce à laquelle on établira le coût des services des médecins. Il sera aussi

nécessaire de préparer un plan d'utilisation des ressources humaines. Ce plan devra prendre en considération le personnel travaillant à plein temps et à temps partiel, pour chaque spécialité médicale et pour chaque type de compétence. Généralement, le nombre d'employés dans chaque catégorie de personnel est déterminé sur la base de rapports entre le nombre de personnel nécessaire pour 1.000 membres de l'OMS - par exemple tant de médecins ou fractions de médecins par 1.000 membres.

Dans une nouvelle OMS de groupe ou de personnel, il sera probablement nécessaire d'obtenir par référence certains services de médecins spécialisés. Ceci résultera en un coût plus élevé pour ces services que si ces médecins faisaient partie de l'OMS. Plus tard, lorsque le nombre de membres s'est accru, le nombre de références devrait diminuer car le nombre de spécialités représentées augmentera. On devra tenir compte de l'importance des facteurs tels que les changements anticipés dans la composition du personnel, les croissances prévues du nombre de membres, l'inflation et autres considérations pertinentes afin d'estimer le coût des médecins. On doit exprimer ces frais par membre et par mois, pour chaque mois pendant la première année et pour chaque trimestre pour les années suivantes.

Quand certains services ayant trait aux soins ne sont pas inclus dans le coût des services des médecins ou des coûts hospitaliers, on devra calculer leur coût séparément. Cela se fera comme on le décrit ci-après. Le coût de chaque service est estimé en se basant sur des hypothèses scientifiques concernant leur utilisation et l'utilisation des ressources.

La dernière catégorie de dépenses qui doit être prise en considération dans l'étude de faisabilité financière sont les dépenses relatives à l'administration et au marketing. Le Document à l'Appui 10-4 présente une liste de catégories de dépenses administratives et de marketing. On élaborera pour chaque catégorie des hypothèses qui sont ensuite traduites en prévision de dépenses et en estimations.

La dernière étape de la phase d'estimation des coûts consiste à prendre les diverses catégories de dépenses - ajustées pour l'inflation et autres facteurs - pour arriver à un taux composé par personne sur lequel on basera les cotisations pour les membres de l'OMS. Il faut noter, qu'en général, les activités de l'OMS ne commenceront que plusieurs années après le début de l'étude de faisabilité. Dans la mesure du possible, le revenu provenant des cotisants devrait couvrir le coût total des activités, y compris les frais administratifs et des installations, au moment où l'OMS atteindra son seuil de rentabilité.

DOCUMENT A L'APPUI 10-4

CATEGORIES DE DEPENSES ADMINISTRATIVES ET DE MARKETING

- Salaires et avantages en nature
- Services professionnels (comptables, actuariels, juridiques)
- Installation/occupation (Bail plus amortissement)
- Coûts de traitement des données
- Traitement des demandes d'indemnisation
- "Réassurance" et dépenses concernant le partage des risques
- Dépenses résultant des créances douteuses
- Recrutement
- Assurance (caution, négligence professionnelle à titre personnel et pour l'organisation)
- Téléphone, telex
- Frais d'envoi
- Déplacement/allocation journalière
- Publicité/Promotion
- Impression et reproduction
- Matériel et fourniture
- Frais et honoraires
- Autres/Divers

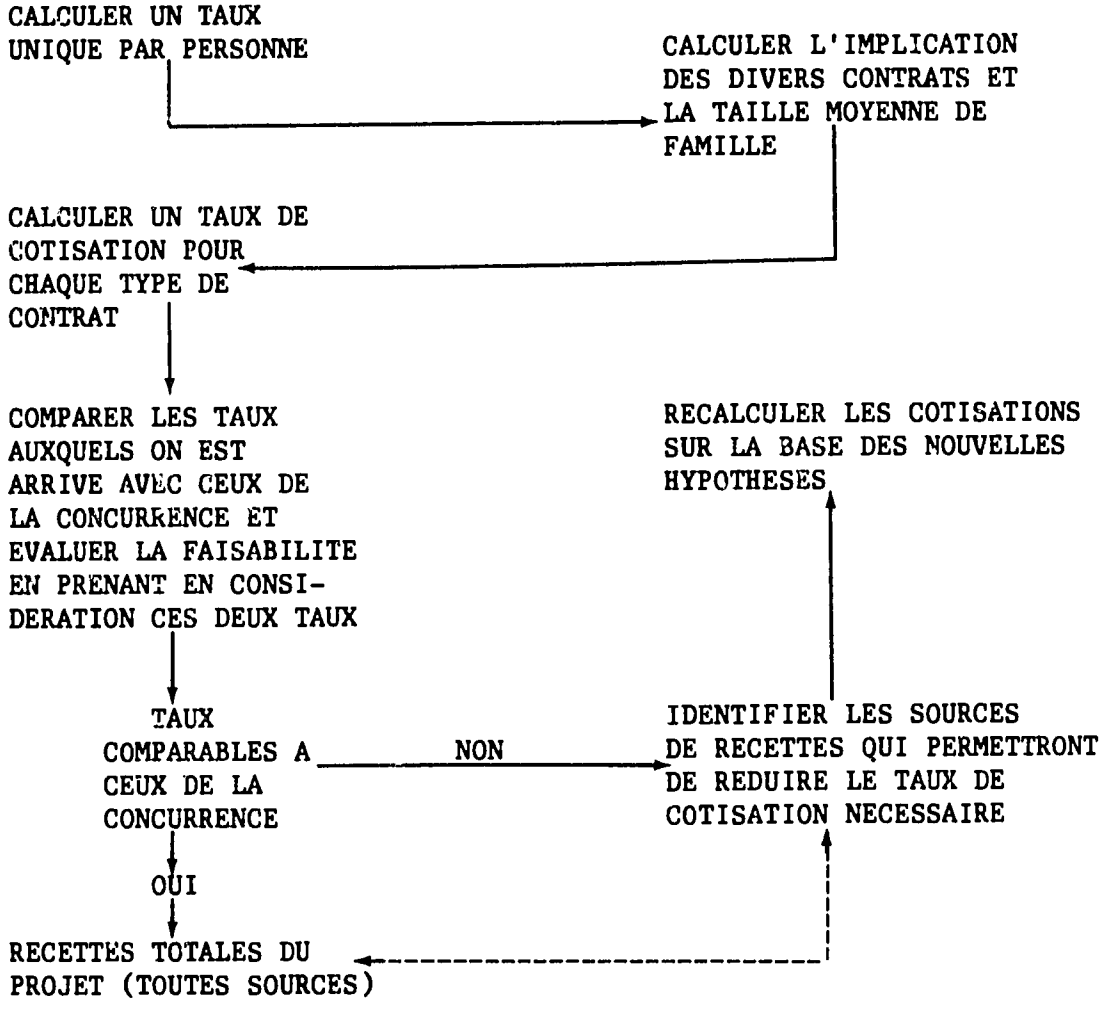
Après avoir élaboré un budget des dépenses et l'avoir projeté dans le futur, l'OMS éventuelle doit faire face à une autre tâche. Elle doit estimer les recettes prévus et leurs sources. Afin de réaliser cette tâche, on doit élaborer une structure des prix qui tient compte des coûts prévus pour fournir les services (par personne) et du prix de la concurrence, pour la période de temps couverte par l'analyse. A partir de ces résultats, on préparera un compte-rendu pro forma et on fera une analyse du seuil de rentabilité. Si les recettes ne sont pas suffisantes, il sera nécessaire de déterminer le montant et la provenance des fonds nécessaires pour couvrir le déficit. Cela pourrait être un prêt ou un don, s'ils sont disponibles.

On doit prendre plusieurs décisions lorsqu'on établit les paiements faits par les membres (cotisations mensuelles). Certaines de ces décisions sont très importantes. La première concerne le montant que le client (cotisant) doit payer là où il reçoit les services (co-paiement). La deuxième concerne l'ajustement du taux en fonction de la taille de la famille. C'est-à-dire le taux que devront payer les célibataires, les personnes qui ont un dépendant et celles qui ont plus d'un dépendant. Ces divers groupes ou niveaux sont appelés des "échelons". Cette combinaison de taux de cotisation basée sur des échelons devra répondre aux pressions de la compétition et des réglements gouvernementaux concernant l'établissement des taux de cotisation. Il se peut que la situation soit compliquée par suite de plusieurs taux de cotisation, suivant le type de contrat et l'origine des membres. Par exemple, il est possible que les membres à la charge de l'Etat doivent payer une somme différente des membres qui bénéficient d'une couverture sanitaire comme un avantage résultant de leur emploi. Les étapes principales nécessaires à l'élaboration d'un système de taux de cotisation sont présentées dans le Document à l'Appui 10-5.

Etablir les taux de cotisation peut être fastidieux. Fréquemment, une série de négociations a lieu entre ceux qui paient la majeure partie des cotisations - généralement les employeurs - et les cadres de l'OMS. Elles auront souvent pour résultat de réduire les taux pour certains échelons et de les accroître pour d'autres. En général, pour le marketing, on maintient la cotisation pour la famille aussi peu élevée que possible et celà est compensé par l'accroissement du taux pour les célibataires.

DOCUMENTS A L'APPUI 10-5

ETAPES NECESSAIRES POUR ELABORER UN SYSTEME DE COTISATIONS



Source : Adapté de Birch and Davis Associates, Inc.

Si on assume que le coût total des soins, réduit à un taux par personne est supérieur au taux de cotisation par personne, on aura besoin d'autres sources de revenu. Ces recettes peuvent provenir de diverses sources. On souvent recours au paiement d'un montant peu élevé pour certains services t que les médicaments prescrits par ordonannce et les consultations externes; tel paiement a pour effet de produire des recettes et aussi de réduire l'utilisation de ces services. Le troisième effet, tout au moins en ce qui concerne les médicaments est que lorsque les gens paient ils prennent mieux leur médicaments.

Les OMS qui ont une composante "honoraires pour services rendus" peuven obtenir des fonds grâce à ces honoraires collectés directement. De la même manière, faire payer les patients qui ne sont pas membres de l'OMS - généralement dans les cas d'urgence - contribue aussi des recettes, bien qu peu importantes.

Dans les situations où les membres d'une famille sont couverts par plus d'une assurance santé, il se peut que le montant résultant de la couverture autre que celle de l'OMS soit payé à l'OMS. On appelle ce système "la coordination des avantages" (CA). Bien que ce soit là une situation relativement courante aux Etats-Unis, cette situation est rare dans les pay où les assurances santé par tiers payant sont rares.

Finalement, là où les recettes sont inférieures aux dépenses, il faudra avoir recours à des prêts ou à des dons. Entre parenthèses, des prêts à termes avantageux, c'est-à-dire à intérêts peu élevés, peuvent tenir lieu d sources de revenu si on reprête les crédits à un intérêt plus élevé.

On prépare un compte-rendu pro forma afin de montrer graphiquement le statut financier global prévu pour l'OMS, pour une période de fonctionnement de cinq ans par exemple. Il y a diverses méthodes comptables de préparer le compte-rendu. On suggère que pour que ce compte-rendu soit utile il couvre une période assez longue avant le commencement des opérations pour montrer les dépenses qui seront encourues avant et au moment du commencement des activités.

Le Document à l'Appui 10-6 présente un compte-rendu des dépenses de fonctionnement prévues pour une OMS dans les Etats-Unis. Dans cet exemple, on avait obtenu un prêt de l'Etat dont le montant total avait été déposé dans un compte porteur d'intérêt confié a un tiers et les retraits étaient faits lorsqu'ils étaient nécessaires. Noter que dans le compte-rendu, on fournit tous les renseignements nécessaires: Les membres-mois, les sources de revenu importantes ainsi que les dépenses les plus importantes sont des postes budgétaires séparés. On présente aussi les montants des recettes et des dépenses par personne et le déficit ou l'excédent pour chaque période.

Les deux documents à l'appui qui suivent, aussi empruntés de Birch and Davis Associates, Inc., présentent graphiquement le seuil de rentabilité et un exemple d'OMS hypothétique qui s'approche et qui parvient au seuil de rentabilité. Le Document à l'Appui 10-7 indique clairement que lorsque le total des dépenses fixes et des dépenses variables est égale au total des recettes on parvient au seuil de rentabilité.

Il est nécessaire de faire très attention lorsqu'on calcule le montant du prêt et lorsqu'on analyse la trésorerie.

Les facteurs qui doivent être pris en considération pour déterminer le montant du prêt sont le déficit cumulatif de fonctionnement jusqu'au moment où on atteint le seuil de rentabilité, les réserves financières qui peuvent être requises par l'Etat et les fonds mis de côté pour l'imprévu.

DOCUMENT A L'APPUI 10-6

COMPTE-RENDUS PRO FORMA DE FONCTIONNEMENT 1/

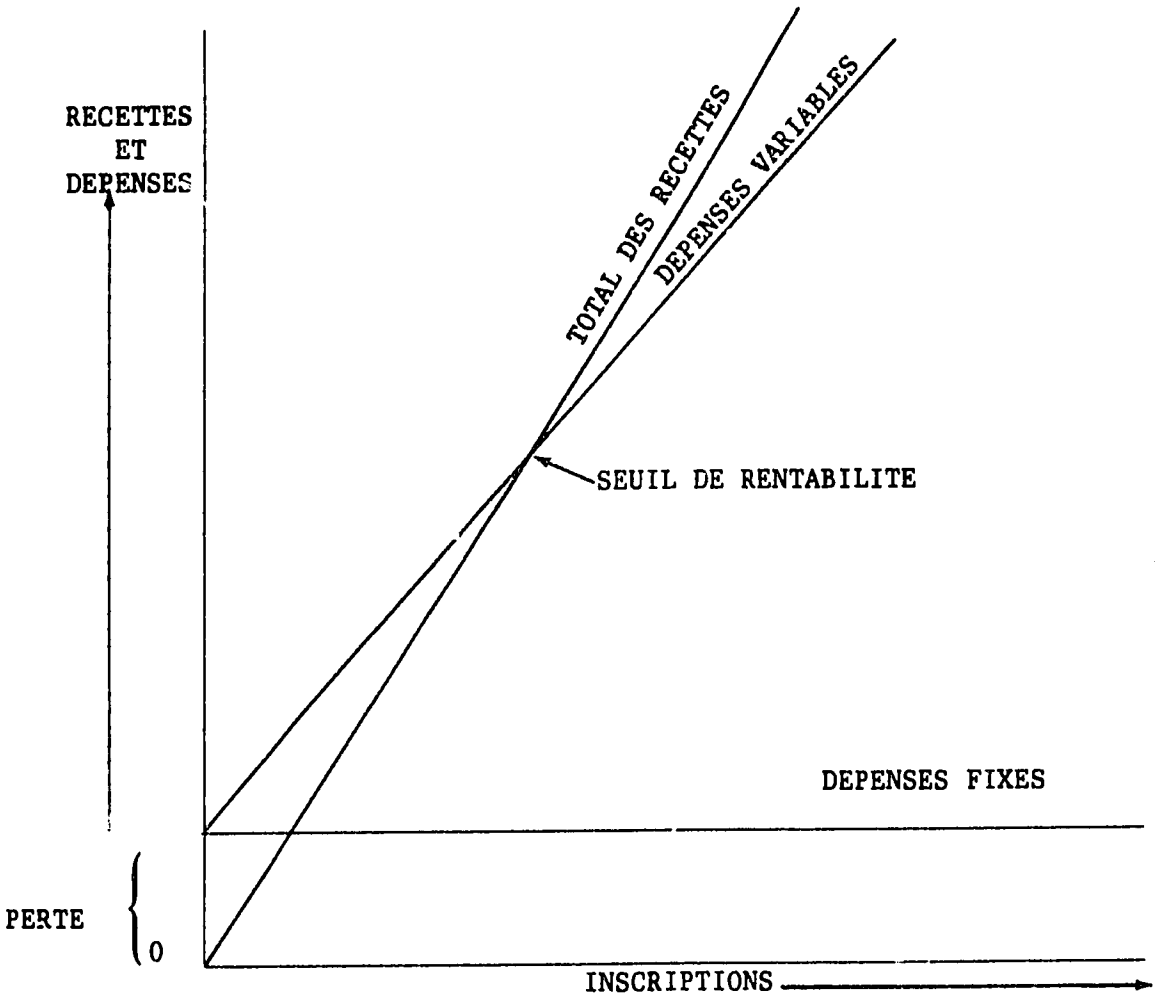
Année 2, mois 13 - 18

	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	TOTAL	PAR PERSONNE
INSCRIPTIONS								
Membre-mois	6.406	6.506	6.822	7.781	7.851	8.305	43.671	--
RECETTES								
Cotisations	243.049	257.939	271.865	316.847	319.763	339.416	1.758.879	40,28
Co-paiements	8.200	8.228	8.732	9.960	10.049	10.630	55.899	1,28
Demandes de re-assurance	7.047	7.157	7.504	8.559	8.636	9.135	48.038	1,10
C.A.	13.645	13.858	14.531	16.574	16.723	17.690	93.019	2,13
Intérêts	4.598	4.012	3.535	3.128	2.717	2.306	20.295	,46
TOTAL DES RECETTES	286.538	291.293	306.167	355.067	355.888	379.178	1.979.131	45,25
DEPENSES								
Hospitalisation	123.572	125.501	131.596	150.095	151.446	160.203	842.414	19,29
Services des médecins	116.525	118.344	124.092	141.536	142.810	151.068	794.375	18,19
Laboratoires et radio	32.991	33.506	35.133	40.072	40.433	42.771	224.906	5,15
Imprévus médicaux	29.404	29.863	9.569	-	-	-	68.835	1,58
Administration	49.600	49.600	49.600	49.600	49.600	49.600	297.600	6,81
Traitement des demandes d'indeminité	11.008	11.220	11.826	13.783	13.910	14.765	76.511	1,75
Traitement des données	3.203	3.253	3.411	3.891	3.926	4.153	21.836	,50
Réassurance	15.054	15.289	16.032	18.285	18.450	19.517	102.627	2,35
Créances douteuses	253	258	272	317	320	339	1.759	,04
Services des dettes	12.938	12.938	12.938	12.938	12.938	12.938	77.625	1,78
TOTAL DES DEPENSES	394.547	399.771	394.469	430.517	433.830	455.353	2.508.487	57,44
EXCEDENT (Déficit)								
Cette Période	(108.009)	(108.478)	(88.302)	(75.450)	(75.942)	(76.175)	-	-
Cumulatif	(873.596)	(982.075)	(1.070.376)	1.145.827)	(1.221.769)	(1.297.944)	-	-
PRET								
Solde du Prêt								
Montant	950.000	-	-	-	-	-	-	-
Remboursement	-	-	-	-	-	-	-	-
Solde	1.725.000	1.725.000	1.725.000	1.725.000	1.725.000	1.725.000	-	-
Retraits								
Cette période	108.009	108.478	88.302	75.450	75.942	76.175	-	-
Cumulatifs	873.596	962.075	1.070.376	1.145.827	1.221.769	1.297.944	-	-
Compte								
Dépôts	950.000	-	-	-	-	-	-	-
Retraits	108.009	108.478	88.302	75.450	75.942	76.175	-	-
Solde	851.404	742.925	654.624	579.173	503.231	427.056	-	-

1/ Source : Adapté de Birch and Davis Associates, Inc.

DOCUMENT A L'APPUI 10.7

GRAPHIQUE ILLUSTRANT LE SEUIL DE RENTABILITE



DEPENSES VARIABLES

TOTAL DES RECETTES

DOCUMENT A L'APPUI 10-8

OMS S'APPROCHANT DU SEUIL DE RENTABILITE

FIN DU MOIS	RECETTES PAR PERSONNE	DEPENSES PAR PERSONNE	EXCEDENT (DEFICIT) PAR PERSONNE	
6	$45,69	$99,55	$(53.86)	
12	43,35	68,95	(25,60)	
18				
24	46,60	53,64	(7,04)	
30	48,28	53,65	(5,37)	
36	50,57	52,28	(1,71)	
42	53,01	53,76	(0,75)	
48	$55,70	$53,27	$ 2,43	APRES LE SEUIL DE RENTABILITE
54	58,82	57,74	1,08	
60	$61,83	$57,60	$ 4,23	

Source pour les deux documents : Birch and Davis Associates, Inc.

Toutes les entreprises ont besoin de liquide pour pouvoir fonctionner effectivement. Une OMS ne fait pas exception et doit avoir une trésorerie adéquate pour faire face aux dépenses de fonctionnement. Une fois qu'une entreprise devient solide et réalise des profits, avoir un excédent de trésorerie ne devrait pas être un problème. Cependant, avant d'atteindre le seuil de rentabilité, c'est différent. On doit établir et documenter des hypothèses sur les recettes et les dépenses. On doit préciser et aussi prévoir pour une période de temps qu'elles seront les sources de liquide et comment on utilisera ce liquide, en analysant chaque poste budgétaire, pour chaque mois pour la première année et ensuite trimestriellement.

Les dernières étapes de l'analyse financière consistent à préparer des bilans pro forma et à conduire des analyses de sensibilité. Le bilan pro forma est le lien entre le compte-rendu de fonctionnement décrit ci-dessus et le compte-rendu de trésorerie. Il fournit un moyen de déterminer le statut financier de l'OMS à n'importe quel moment.

L'analyse de sensibilité indique l'effet produit sur la performance financière lorsqu'on fait varier certains facteurs; par exemple, on peut accroître ou diminuer les taux d'utilisation des services ou le nombre de membres, ou l'effet de l'inflation. Effectuer une analyse de sensibilité consiste généralement à manipuler plusieurs variables en même temps et est beaucoup plus facile si on peut la faire sur ordinateur.

Maintenant qu'on a discuté des diverses dépenses et sources de revenu à la disposition d'une OMS, il est intéressant de les examiner du point de vue de la plus grande OMS du monde, Kaiser-Permanente Medical Care Program (Programme de soins médicaux Kaiser-Permanente). Le programme qui a des recettes annuelles de plus de 4 milliards de dollars E.U. dessert plus de

quatre millions de personnes. Ce programme a trois composantes : les hôpitaux de la Fondation Kaiser, le Plan Santé de la Fondation Kaiser et un certain nombre de médecines de groupe indépendantes. Les hôpitaux et le Plan Santé sont des organisations à but non-lucratif (la structure organisationnelle du programme est décrite en détails dans le prochain chapitre).

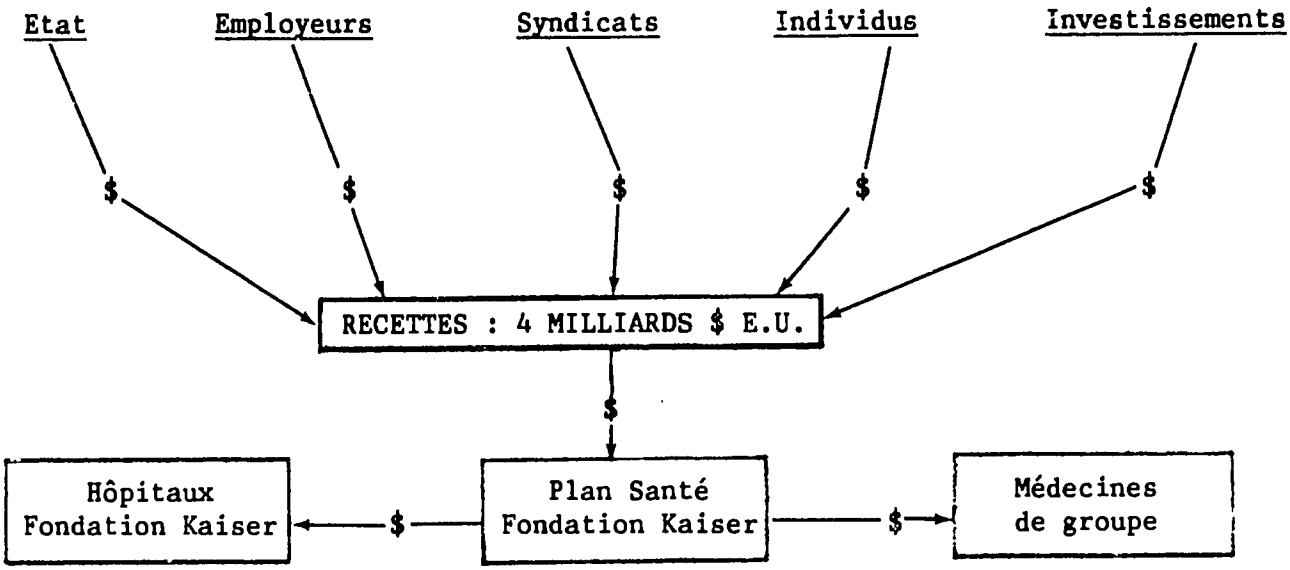
Comme l'indique le Document à l'Appui 10-9, le Plan Santé collecte des cotisations de ses membres et obtient des crédits de sources multiples. Environ 50 pour cent de ces crédits sont octroyés au groupe médical, 3 pour cent vont à l'administration du Plan Santé, 43 pour cent sont utilisés pour faire fonctionner les hôpitaux et les installations pour les consultations externes et pour autres services et 4 pour cent sont retenus comme profits.

Kaiser-Permanente a maintenant près de cinquante ans d'expérience et a réussi à établir un système et une capacité de gestion très élaborés. Cependant, la structure du programme et la relation entre ses composantes a évolué avec le temps et n'est pas représentative des OMS en générale. Chaque OMS est unique. La relation entre leurs composantes et le ratio de leurs dépenses au total de leur frais variera donc, tout comme leurs sources de recettes.

En résumé, le but de ce chapître a été de présenter une vue d'ensemble des aspects financiers du développement et du fonctionnement d'une OMS. En aucun cas, le chapitre ne donne tous les détails sur le "comment". Il est évident qu'à cause de la complexité et de l'importance du sujet, il est nécessaire que des spécialistes financiers avec beaucoup d'expérience participent à l'étude de faisabilité d'une OMS et à l'élaboration d'un plan financier.

DOCUMENT A L'APPUI 10-9

PROGRAMME DE SOINS MEDICAUX DE KAISER-PERMANENTE
RECETTES ET DEPENSES



Budgets pour

- Coût de fonctionnement des installations
- Amélioration de l'équipement
- Amortissement
- Références en dehors du programme

Profits

- Utiliser pour financer les améliorations et les agrandissements

Fournit

- Administration du plan
- Contrats pour les membres et avec les hôpitaux et les médecines de groupe
- Programme de retraite pour toutes les composantes
- Achats de fournitures et d'équipement pour les installations et les médecines de groupe

Budgets pour

- Salaries des médecins pour les consultations externes et pour les patients hospitalisés y compris le personnel auxiliaire pour les examens de laboratoires, les radios et la physiothérapie pour les patients hospitalisés.
- Autres salaires et frais pour fournir les soins ambulatoires (mais non le coût des installations)
- Fourniture et équipement pour le fonctionnement achetés directement et par l'intermédiaire du Plan Santé

11.0 FAISABILITE EN CE QUI CONCERNE L'ORGANISATION ET LA GESTION

Lorsqu'on fonde une OMS, il est nécessaire de faire des arrangements organisationnels et d'établir des pratiques et des politiques en matière de gestion. Ces arrangements, pratiques et politiques doivent faciliter le développement de l'organisation et entrenir et supporter son fonctionnement.

Il y a de nombreuses manières de lier les composantes qui constituent une OMS, pour ne pas faire mention des nombreuses variations concernant la manière dont les composantes elle-mêmes sont structurées. En conséquence, la première étape, lorsqu'on évalue la faisabilité en ce qui concerne l'organisation et la gestion d'une OMS éventuelle, consiste à évaluer les divers modèles organisationnels et les diverses manières de les gérer.

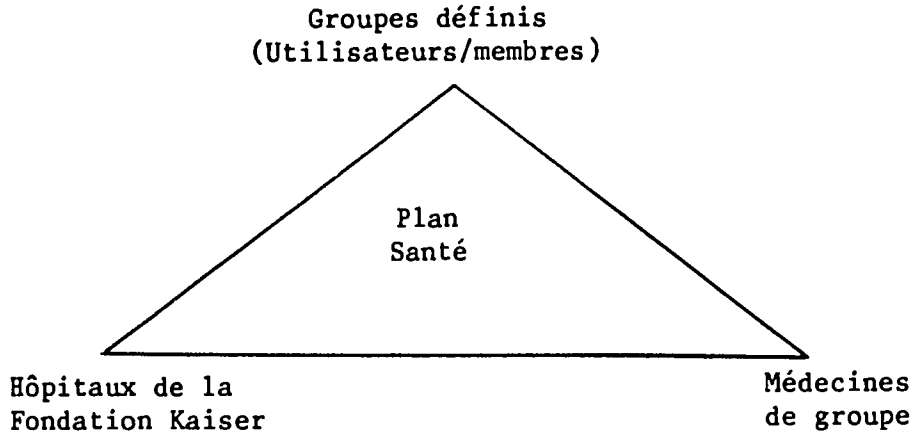
Les facteurs qui devront être pris en considération pour déterminer quel est le modèle le plus approprié dans une situation donnée ont été discutés dans les chapitres précédents. Ceux-ci comprennent des considérations d'ordre juridique, financier, commercial et médical entre autres. Le modèle choisi définira qu'ells seront les activités de l'OMS et la manière dont elles seront réalisées par ses diverses composantes et par là déterminera en grande partie les besoins en matière de gestion. Par exemple, si l'OMS est organisée selon le modèle "groupe de médecins", les contrats devront être passés entre le plan de l'OMS et le groupe de médecins. Dans ce cas, le plan de l'OMS et le groupe de médecins sont des entités organisationnelles et juridiques indépendentes. Bien qu'elles soient gérées séparément, on doit établir un mécanisme qui permettra de lier étroitement ces composantes et les autres composantes indépendentes (par exemple, les hôpitaux) afin que le tout - formé des diverses parties - fournisse des services de santé et réalise les autres objectifs. On peut comparer cet arrangement avec un modèle dans lequel le plan de l'OMS emploie les docteurs et est le propriétaires des ses propres

hôpitaux. Dans ce cas, une seule organisation a le contrôle, gère et intègre toutes les composantes. Elle décide qu'elles seront les politiques et les activités pour toute l'organisation.

La description du Programme de soins médicaux de Kaiser-Permanente présentée ci-dessous illustera les arrangements fonctionnels et organisationnels d'une OMS importante fonctionnant avec succès et consistant de composantes séparées mais très intégrées. Le Plan Santé de la Fondation Kaiser passe des contrats avec des groupes d'utilisateurs définis (membres), avec les hôpitaux de la Fondation Kaiser et avec des médecines de groupe. Ceci est illustré graphiquement dans le Document à l'Appui 11-1.

DOCUMENT A L'APPUI 11-1

PROGRAMME DE SOINS MEDICAUX DE KAISER-PERMANENTE
ARRANGEMENTS FONCTIONNELS



Le Plan Santé de la Fondation Kaiser est une organisation à but non-lucratif qui a pour fonction de passer des contrats et d'administrer le plan. Elle recrute de nouveaux membres, tient les dossiers des cotisants, collecte les cotisations, fournir des installations médicales principalement en contractant avec des hôpitaux et organise des services de santé par le

biais de contrats avec le personnel médical. En peu de mots, le Plan Santé ne fournit pas mais fait les arrangements nécessaires pour fournir des soins de santé et autres services, dans des installations médicales et ailleurs, afin de remplir les obligations stipulées dans les contrats avec les divers groupes de membres. Les hôpitaux de la Foundation Kaiser, une deuxième organisation à but non-lucratif, fournit des installations pour les patients hospitalisés et pour les consultations externes. Des médecins, soit en associations soit en sociétés professionnelles, fournissent les services médicaux. (Récemment, pour des raisons fiscales et juridiques, les droits de propriété des installations destinées seulement aux consultations externes ont été transférés des hôpitaux au Plan Santé, mais ce fait n'a pas de répercussions sur la manière dont elles fonctionnent dans l'ensemble).

Les caractéristiques principales de Kaiser-Permanente sont :

- Médecines de groupe - groupes comprenant divers spécialistes destinés à fournir une utilisation plus efficace du temps des médecins, des installations et de l'équipement. La responsabilité des médecins est de fournir tous les soins de santé;

- Installations intégrées - la combinaison des installations pour les patients hospitalisés et pour les consultations externes est la clé de l'utilisation optimale de l'espace et de l'équipement;

- Pré-paiement - basé sur le coût par personne, les fonds collectés vont directement à ceux qui fournissent les services, non pas à une tierce partie. La cotisation permet cependant d'obtenir des sevices étendus - tout compris plutôt que sur paiement d'honoraires;

- Inscriptions volontaires avec l'option de quitter le plan - une autre source de soins de santé est toujours offerte.

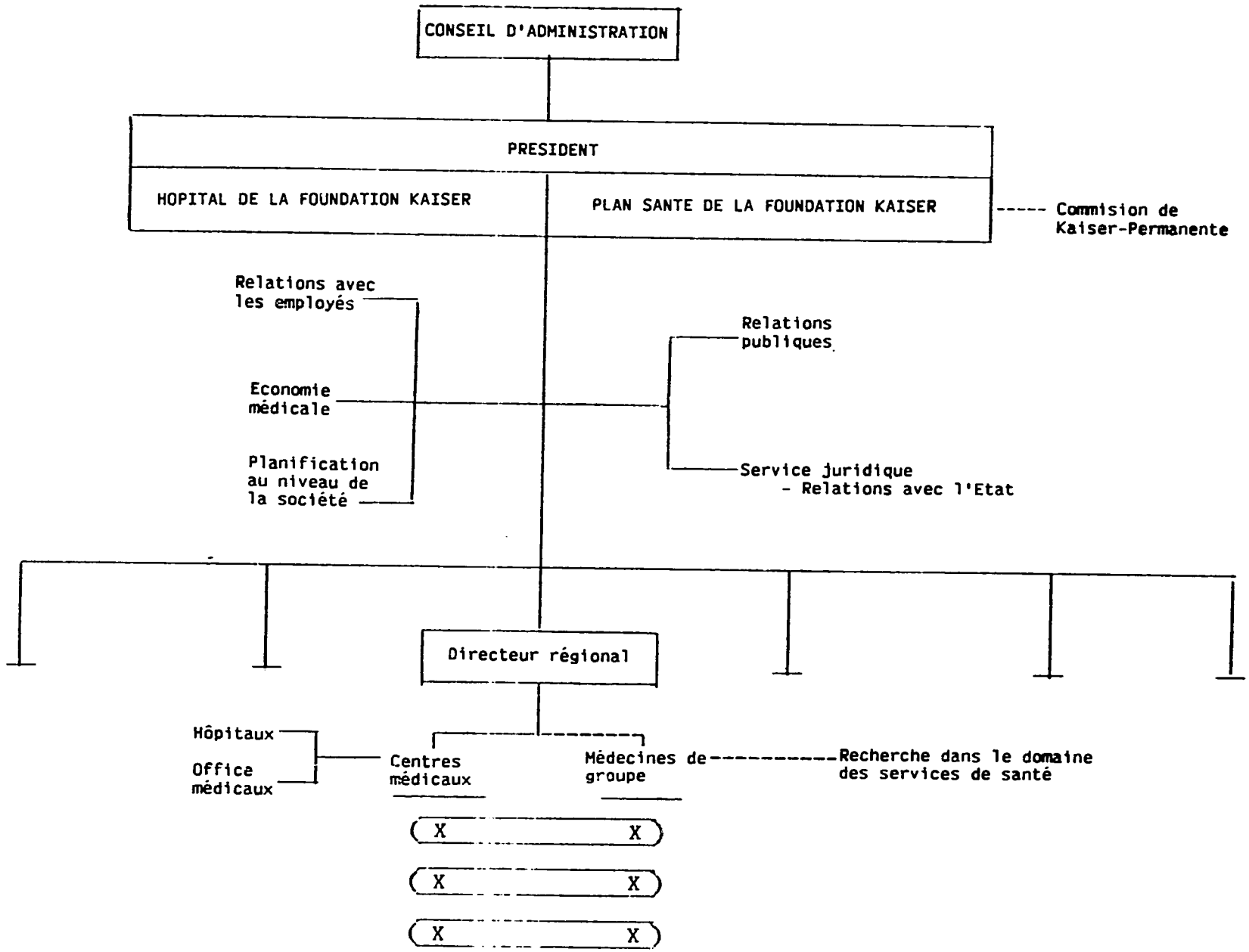
- Engagement des médecins dans la gestion de tout le système en tant que partenaires dans le programme. Les décisions les plus importantes sont prises après consultation avec et accord mutuel entre toutes les parties du programmes.

La relation entre les composantes de Kaiser-Permanente sont présentées dans le Document à l'Appui 11-2. Bien que le Plan Santé et les hôpitaux soient des organisations séparées, on verra qu'elles ont le même conseil d'administration ainsi que le même président. La commission Kaiser-Permanente, composé de membres-clés du personnel du Plan Santé et de cadres supérieurs des médecines de groupe, sert à établir les politiques globales du programme et à résoudre les problèmes.

Un groupe spécialisé dans la planification des sociétés a des rapports étroits avec le département d'économie médicale. Ces services collaborent pour collecter et analyser des renseignements détaillés sur la population desservie. Ils peuvent alors faire des prévisions actuarielles exactes basées sur le nombre de membres "prévus", des prévisions concernant les ressources (lits, médecins, fournitures et équipement), les taux d'utilisation des hôpitaux, les changements dans la composition du personnel dans les hôpitaux, les bureaux médicaux, les services auxiliaires et administratifs, les changements technologiques, les procédures utilisées pour les soins de santé, les intêrêts et habitudes concernant la santé des consommateurs, puisque ces prévisions ont un effet sur l'étendue des services de santé et les modèles d'utilisation. Ces prévisions deviennent la base de plans pour le court et le long terme, y compris l'établissement des besoins financiers et l'identification des sources de crédits (établissement de la structure des taux, etc.).

DOCUMENT A L'APPUI 11-2

PROGRAMME DE SOINS MEDICAUX KAISER-PERMANENTE



Kaiser-Permanente est un système qui s'étend sur plusieurs régions et chaque région comprend des centres médicaux. Les régions qui sont autonomes sont dirigées par un directeur régional (un administrateur qui n'est pas un médecin) et les centres médicaux sont gérés par une équipe formée de l'administrateur-chef de l'hôpital du centre et du médecin-chef du personnel médical du centre. Chacun des centres médicaux a un certain degré d'autonomie mais doit cependant fonctionné dans le contexte des politiques générales de Kaiser-Permanente et des politiques et des directives régionales.

Le modèle Kaiser-Permanente, bien que n'étant pas typique des OMS en général, est utile dans le contexte de cette discussion de la faisabilité concernant l'organisation et la gestion car il met l'accent sur les nombreux domaines où des compétences sont nécessaires. Ceux-ci comprennent la construction de fondations sur lesquelles on pourra établir un conseil d'administration puissant, le développement de relations communautaires qui soutienent l'OMS, la conception et l'établissement de systèmes intégrés de gestion et de santé, l'évaluation des besoins en personnel et le développement de plans pour la sélection, le recrutement, la formation, les récompenses du personnel, etc., la conception d'un plan de fonctionnement et de gestion des activités, l'établissement d'un plan financier et le lancement d'un processus de planification à long terme qui permettra de répondre aux changements et à la croissance de l'organisation.

12.0 GESTION DE L'EVALUATION DE LA FAISABILITE

Elaborer et diriger une OMS est un défi de taille. Pour évaluer la faisabilité d'une telle entreprise, il est nécessaire d'utiliser une approche logique et systématique, planifiée et gérée avec soins et d'utiliser par un personnel expérimenté.

On peut faciliter l'évaluation et la rendre plus coût-efficiente si on effectue le travail par phase; chacune phase devra avoir des objectifs spécifiques, des repères et des produits qui aideront à décider de continuer ou d'abondonner l'entreprise, au moins pour le momment. On a suggéré les trois phases qui ont été discutées plus haut dans ce rapport : l'évaluation préliminaire, l'étude de faisabilité et la pré-exécution.

La première tâche à accomplir consiste à faire spécifier les objectifs de l'évaluation à ceux qui veulent établir l'OMS. Ces objectifs devraient inclure des buts à court et à long terme pour le projet. On doit choisir un directeur pour l'évaluation. A moins que l'organisation intéressée à établir l'OMS ait de l'expérience dans le domaine de la santé, le directeur viendra en général de l'extérieur de cette organisation. Si cette organisation ne s'y connaît pas en matière d'OMS, il sera nécessaire de conduire une orientation pour fournir une vue d'ensemble sur les services de santé payés à l'avance et sur ce que comporte le développement et le fonctionnement d'un tel programme.

La deuxième étape consiste à établir un plan de travail et à déterminer quelles ressources seront nécessaires pour l'évaluation de la faisabilité. On spécifie explicitement quels sont les aspects de chaque domaine important ayant trait à l'OMS qui doivent être évalués (juridique, marketing, services des santé, etc.) et quelles sont les activités qui doivent être entreprises. On peut présenter sur des graphiques individuels les activités nécessaires à

l'évaluation de chaque domaine (voir Document à l'Appui 9-1) et un graphique-résumé peut être utilisé pour indiquer les relations entre les activités de tous les domaines et l'ordre dans lequel elles doivent être entreprises pour réaliser l'évaluation.

En général, l'évaluation peut être réaliser par des équipes de spécialistes. On prépare avant de conduire l'évaluation un mémoire descriptif pour l'équipe d'évaluation pour chacune des catégories les plus importantes de l'évaluation. Chaque mémoire descriptif devrait contenir la définition du pourquoi, du quoi, du qui, du quand et du où pour l'équipe d'évaluation. Il contiendra les objectifs de l'évaluation, la date du début et de la fin de l'évaluation de cette catégorie, les résultats ou produits prévus, la composition de l'équipe et la période pendant laquelle le personnel désigné, le personnel attaché auprès de l'équipe et les consultants devront participer aux travaux de l'équipe, les ressources nécessaires en plus du personnel, les hypothèse et les contraintes, la méthodologie à utiliser et un calendrier d'exécution des activités spécifiant les étapes principales. Les équipes d'évaluation de plusieurs domaines peuvent travailler en même temps et sans doute certains membres des équipes travailleront dans plusieurs équipes. En outre, certaines activités, par exemple l'évaluation du climat pour l'OMS proposée, peuvent être réalisées par plusieurs équipes se concentrant sur différents points. Le Document à l'Appui 12-1 fournit un exemple de mémoire descriptif ayant trait à la faisabilité des services de santé.

DOCUMENT A L'APPUI 12-1

MEMOIRE DESCRIPTIF POUR L'EQUIPE D'EVALUATION FAISABILITE DES SERVICES DE SANTE

1. TACHE

Etablir quels seront les services de santé de base et autres services supplémentaires qui devront être fournis; concevoir un système de prestation de services de santé et déterminer s'il est possible d'élaborer un réseau de personnel et d'organisations qui pourrait fournir les services spécifiés.

2. DATE DU DEBUT DES ACTIVITES

3. DATE DE LA FIN DES ACTIVITES

4. BUT

Effectuer une analyse des besoins en servies de santé de la population à desservir par l'OMS prévue et établir s'il est faisable de fournir les services requis dans le contexte des contraintes imposées par les ressources disponibles en matière de finances, de personnel et d'installations, tout en tenant compte de la satisfaction des clients, des services de santé offerts par la concurrence et de toute autre considération environnementale.

5. RESULTATS PREVUS

- Une estimation du statut sanitaire et des besoins en services de santé de la population qui serait desservie.

- L'établissement de l'étendue préliminaire des services à fournir aux membres de l'OMS, services de base et services supplémentaires.

- Un inventaire des installations sanitaires que l'on pourrait utiliser pour fournir les services aux membres de l'OMS. Inclure pour chaque l'installation :

  - Qui en est le propriétaire

  - Le nombre et le type de lits et quels sont les services diagnostiques et thérapeutiques spécifiques qui y sont offerts

  - Le personnel médical - nombres, spécialités, organisation du personnel

  - Une liste détaillée des frais hospitaliers

  - Les taux d'occupation et la longueur du séjour hospitalier par diagnostic

Document à l'Appui 12-1 (suite)

- Une estimation de sa disponibilité pour servir les membres de l'OMS et quels sont les arrangements qui pourraient être négociés

- Une liste des installations par ordre de désirabilité, en tant que composantes de l'OMS.

. Un inventaire des médecins travaillant dans la région où l'OMS offirait des services en notant pour chaque spécialité :

- Le nombre de médecins les exercant par groupe d'âge

- Le nombre de médecins exerçant seuls

- Le nombre pratiquant en groupe et le nombre de groupes, (pour les groupes où on trouve une seule spécialité ainsi que pour ceux où il y a plusieurs spécialités)

- Le nombre de médecins pour 1.000 habitants et les tendances futures prévues.

. Une enquête basée sur un échantillon de médecins et de directeurs d'installations sanitaires sur leurs attitudes envers les OMS.

. L'établissement d'un rapport avec les agences des santé publiques et privées et avec le personnel fournissant des services dans des institutions et ailleurs.

. Une ébauche préliminaire du réseau d'institutions et d'individus qui fourniraient des services pour l'OMS (si on assume que l'OMS est faisable).

. Une choix préliminaire du type de modèles pour l'OMS spécifiant le type d'arrangements avec les médecins, les installations sanitaires et les services auxillaires.

. Des suggestions préliminaires pour un programme de contrôle de l'utilisation et un assurance de qualité.

6. RESSOURCES NECESSAIRES

. Personnel : Les membres de l'équipe d'évaluation, comme on l'a spécifié, plus des consultants (les détails du personnel nécessaire dépendront des circonstances pour chaque évaluation).

. Services d'appui, transport, communications, capacité de traitement des données, crédits, etc., varieront selon les circonstances spécifiques de l'évaluation.

Document à l'Appui 12-1 (suite)

7. HYPTOHESES ET CONTRAINTES

- Les membres de l'équipe et autres ressources nécessaires seront disponibles quand on en aura besoin.
- Les sources de données seront à la disposition des membres de l'équipe.
- Des délais et le manque de coopération de certains individus peuvent causer des problèmes avec le processus d'évaluation et limiter certaines des activités proposées.

8. COMPOSITION DE L'EQUIPE (disciplines représentatives)

		Temps total écoulé
• _____	Médecin Planificateur de l'OMS	
• _____	Spécialiste en information en matière de santé	
• _____	Administrateur d'hôpital/ d'installation sanitaire	
• _____	Directeur de l'OMS	
• _____ _____	Spécialiste en enquêtes	
• _____	Représentant de l'organisation intéressée à établir l'OMS	

9. LIENS

- Association médicale locale
- Association locale des hôpitaux
- Médecins, installations sanitaires, groupes de médecins, autres OMS
- Agences gouvernementales pertinentes
- Représentants des consommateurs
- Représentants des payeurs - employeurs, compagnies d'assurances, syndicats, etc.

Document à l'appui (fin)

10. METHODOLOGIE

On collectera des données des sources disponibles pertinentes pour établir les besoins en services de santé et pour évaluer s'il est faisable de concevoir un ensemble de services appropriés, un réseau acceptable de personnel/institutions fournissant des services et une structure organisationnelle pour fournir les services.

A l'aide d'enquêtes basées sur des échantillons, l'équipe d'évaluation déterminera si le climat dans la communauté est en faveur de l'OMS proposée.

11. CALENDRIER D'EXECUTION DES ACTIVITES

Activité	Mois 1	Mois 2	Mois 3
. Organiser l'équipe d'évaluation	X_____X		
. Cataloguer les sources de données	X_____X		
. Déterminer le statut sanitaire et les besoins en services de santé	X_____	____X	
. Inventaire des ressources nécessaires pour fournir les services (installations/médecins)	X_____	_____X	
. Réunion avec le personnel fournissant les services et avec les consommateurs	X_____	_____	_____X
. Réunion avec les répresentants gouvernementaux	X_____	_____	_____X
. Evaluation de la faisabilité des services de santé	X_____	_____X	
. Elaboration d'un plan pour les services de santé		X_____	_____X
. Décision concernant le type d'OMS		X_____	_____X
. Organisation recommendée pour le réseau de personnel/institutions fournissant les services		X_____	_____X

REFERENCE

1. A Guide to Health Maintenance Organization Feasibility (Un guide pour évaluer la faisabilité d'une Organisation de Maintien de la Santé). Birch and Davis Associates, Inc. 1980.

2. Adizes A and Zukin P. A Management Approach to Health Planning in Developing Countries (Une approche à la Planification de la Santé dans les Pays en Développement). Health Care Management Review Winter/1977; 19-28.

3. Enright Sb. I.P.A. The Initials That May Mean Your Future (Les initiales qui peuvent vouloir dire votre futur). Medical Economics 1979; 124-137.

4. Evaluation of the Organization and Management of Qualified Health Maintenance Organizations, Final Report (Evaluation de l'Organisation et de la Gestion d'Organisations de Maintien de la Santé habilitées). Office of Health Maintenance Organizations, Division of Compliance, Department of Health and Human Services 1981.

5. Hauser HR. Group Health Plans--A Twenty Year Legal Review (Plan de Santé de Groupe-Revue juridique de l'expérience de vingt ans). Minnesota Law Review 1958; 42:527 548.

6. Hyde DR, Wolff R, Gross A and Hoffman EL. The American Medical Association: Power, Purpose and Politics in Organizational Medicine (L'Association médicale américane. Puissance, but et politique en médicine organisationnelle). Yale Law Journal 1954; 63:937-1022.

7. Kissam PC. Health Maintenance Organizations and the Role of Antitrust Law (Les Organisations de Maintien de la Santé et le rôle de la loi "anti-trust"). Duke Law Journal 1978; 487-499.

8. Phelan J, Erickson R and Fleming S. Group Practice Prepayment: An Approach to Delivering Organized Health Services (Paiement forfaitaire pour la médecine de groupe: une approche à la prestation de services de santé organisés). Symposium on Health Care: Part II, Law and Contemporary Problems, Duke University School of Law 1970; 35:796-816.

9. Requirements for Health Maintenance Organisations. Excerpted from Title XIII, Compilation of Selected Acts Within the Jurisdication of the House Committee on Energy and Commerce (Conditions requises pour les organisations de maintien de la Santé - Extraits tirés de la Clause XIII Recueil d'Actes choisies dans le cadre de la compétence de la Commission de la Chambre des Représentants sur l'Energie et le Commerce). Volume I, Health Law 1982.

10. Review of Initial Development Grant Applications (Revue des demandes initiales de subventions pour le développement). Office of Health Maintenance Organizations, Department of Health, Education and Welfare 1979.

11. The Role of Prepaid Group Practice in Relieving the Medical Care Crisis (Rôle de la médecine de groupe payée à l'avance pour soulager la crise des soins médicaux). Harward Law Review 1971; 84:887-1001.

12. SLayman WO. Marketing Plan--Stimulation of Business Involvement in Alternative Health Care Delivery Systems. Personal Communication (Plan de marketing - stimulation de l'engagement du monde des affaires dans les systèmes de prestation de services de santé - Présentation personnelle), 1983.

13. Yedidia A. Planning the Implementation of the Community Health Foundation of Cleveland, Ohio (Planifier la réalisation de la Foundation de Santé communautaire à Cleveland, Ohio). Studies in Medical Care Administration, Public Health Service Publication No. 1664-3 1968.

14. Zelten RA. Alternative HMO Models (Divers modèles d'OMS). University of Pennsylvania National Health Care Management Center, Issue Paper No. 3 1979.