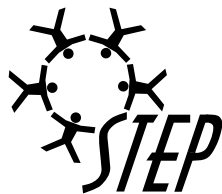


Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Tome 1: Démarche



Le programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT) intervient dans deux domaines thématiques interdépendants: extension de la protection sociale aux exclus et approches intégrées d'inclusion sociale.

STEP appuie la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues, notamment de l'économie informelle. STEP travaille en particulier sur les systèmes basés sur la participation et l'organisation des exclus. Il œuvre également au renforcement des liens entre ces systèmes et les autres mécanismes de protection sociale. Il soutient ainsi la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale cohérents basés sur les valeurs d'efficacité, d'équité et de solidarité.

STEP situe son action en matière de protection sociale dans le cadre plus large de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'attache en particulier à une meilleure compréhension des phénomènes d'exclusion sociale et au renforcement, sur le plan méthodologique et stratégique, des approches visant à réduire ce problème. STEP met l'accent dans ce domaine sur les articulations entre les niveaux locaux et nationaux tout en contribuant aux travaux et agendas internationaux.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: réalisation d'études et de recherches, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, exécution de projets sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, formation et mise en réseaux des acteurs.

L'action du programme s'inscrit dans l'intervention plus large du Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale et en particulier dans la Campagne mondiale sur la Sécurité sociale et la Couverture pour tous.

Programme STEP

Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale

Bureau international du Travail

4, route des Morillons

CH-1211 Genève 22, Suisse

Tél. (41 22) 799 65 44

Fax (41 22) 799 66 44

E-mail: step@ilo.org

Internet: www.ilo.org/step

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Tome 1: Démarche

Copyright © Organisation internationale du Travail 2005
Première édition 2005

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2005

Guide, assurance-maladie, participation de la communauté, gestion, évaluation. 02.07.1

ISBN Tome 1: 92-2-216571-3

ISBN Tome 2: 92-2-216572-1

ISBN Tome 1 et 2: 92-2-216573-X

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/publns

Remerciements

Ce guide a été produit par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale du BIT. Il est basé notamment sur le travail des experts nationaux du programme qui ont considérablement enrichi le contenu de ce guide. De nombreux autres acteurs du développement des systèmes de micro-assurance santé ont collaboré à sa production. Le programme STEP remercie chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur appui.

Si vous souhaitez faire parvenir vos commentaires, vos critiques, les résultats de vos travaux ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

BIT/STEP

Service Politiques et Développement
de la Sécurité sociale
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél. (41 22) 799 65 44
Fax (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
Internet: www.ilo.org/step

Table des matières

Liste des sigles	XI
Introduction	1
Quelle est l'origine du guide?	1
Quels sont l'objectif et le champ du guide?	2
Quelles sont les limites du guide?	2
Comment le guide est-il structuré?	4
<i>Structure du tome 1: Démarche</i>	4
<i>Structure du tome 2: Outils</i>	5
A qui le guide s'adresse-t-il et comment l'utiliser?	6
1. Caractéristiques et rôle de l'étude de faisabilité	7
Qu'est-ce qu'une étude de faisabilité?	7
Qui réalise l'étude de faisabilité?	9
<i>Les compétences requises</i>	9
<i>Le rôle du promoteur</i>	9
<i>Le rôle de la population cible</i>	10
<i>La réalisation de l'étude de faisabilité demande aussi la participation d'autres acteurs</i>	10
A quel moment réaliser une étude de faisabilité?	12
<i>L'étude de faisabilité doit être réalisée avant le démarrage d'un nouveau système</i>	12
<i>L'étude de faisabilité doit être réalisée avant chaque nouvelle phase d'activité</i>	12
2. Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité	15
Introduction	15
<i>Objectif de la phase initiale</i>	15
<i>Contenu du chapitre</i>	15
Action 1: Vérifier que les conditions préalables sont réunies	16
<i>Condition 1: Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité</i>	18
<i>Condition 2: Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles</i>	19
<i>Condition 3: La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées</i>	19
<i>Condition 4: Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible</i>	20
<i>Condition 5: Une dynamique de développement socio-économique est engagée</i>	20
<i>Condition 6: Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année</i>	20
Action 2: Confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité	21

Action 3: Constituer le comité de pilotage	21
<i>Etape 1: Constituer le comité de pilotage</i>	22
<i>Etape 2: Etudier les besoins en formation et faire bénéficier les membres du comité de pilotage d'une formation</i>	23
Action 4: Programmer l'étude de faisabilité	24
<i>Etape 1: Identifier les différentes phases de l'étude, les activités et les tâches</i>	25
<i>Etape 2: Estimer la durée de chaque tâche</i>	26
<i>Etape 3: Organiser les activités et les tâches dans un calendrier</i>	27
Action 5: Préparer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité	28
Action continue: Engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs autour des problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins	29
3. Phase de collecte et d'analyse des données	31
Introduction	31
<i>Objectifs de la phase de collecte et d'analyse des données</i>	31
<i>Contenu du chapitre</i>	31
Etape 1: Définir la démarche de la collecte	32
<i>Action 1: Remplir le tableau stratégique</i>	33
<i>Action 2: Remplir le tableau de mise en œuvre</i>	39
Etape 2: Construire les supports de collecte de l'information	40
<i>Premier cas: Le support de collecte est une grille de saisie</i>	41
<i>Deuxième cas: Le support de collecte est un formulaire d'entretien ou un questionnaire d'enquête</i>	41
Etape 3: Préparer et effectuer la collecte	42
<i>Préparer la collecte</i>	42
<i>Effectuer la collecte</i>	43
Etape 4: Transformer les données collectées en données exploitables	43
4. Phase de définition du système de micro-assurance santé	45
Introduction	45
<i>Objectif de la phase de définition du système</i>	45
<i>Contenu du chapitre</i>	46
Etape 1: Choisir ou confirmer le choix de la population cible	47
Etape 2: Présélectionner les services de santé à couvrir	48
<i>Action 1: Présélectionner les services de santé à couvrir</i>	49
<i>Action 2: Définir éventuellement plusieurs formules de couverture et les services inclus pour chacune d'elles</i>	50
<i>Action 3: Prendre en compte le mode de facturation de l'offre de soins</i>	50
Etape 3: Choisir les prestataires de soins partenaires	51
<i>Choisir les prestataires de soins</i>	52
Etape 4: Choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels utiliser un mécanisme de tiers payant	53
<i>Choisir les services faisant l'objet du tiers payant</i>	53
Etape 5: Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes	54
<i>Action 1: Définir des scénarios</i>	56
<i>Action 2: Calculer les montants de cotisation pour les différents scénarios</i>	56

Action 3: Prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible	61
Action 4: Choisir le (ou les) couple(s) prestations/cotisations	61
Etape 6: Préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins	66
Action 1: Définir des normes de qualité, des protocoles thérapeutiques et se mettre d'accord sur des tarifs	67
Action 2: Choisir les modes de paiement des soins aux prestataires et les mécanismes de remboursement	67
Etape 7: Définir l'organisation du système	69
Action 1: Définir l'articulation avec les autres activités de l'organisation responsable	70
Action 2: Choisir la forme juridique du système de micro-assurance santé	71
Action 3: Définir l'organisation du système de micro-assurance santé: les différents organes et les acteurs	71
Etape 8: Définir les modalités de fonctionnement du système	72
Action 1: Définir les principales règles de fonctionnement	74
Action 2: Décrire les principales procédures de gestion	82
Action 3: Définir les procédures de suivi	82
Action transversale: Veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance	83
Etape 9: Etablir le budget prévisionnel du système de micro-assurance santé	85
5. Phase de préparation de la mise en place du système	87
Introduction	87
Objectifs de la phase de préparation de la mise en place	87
Contenu du chapitre	87
Le rapport de l'étude de faisabilité	88
Le plan d'actions	89
Les statuts et l'organigramme	89
Le règlement intérieur ou le contrat	90
Le règlement intérieur (cas d'une mutuelle)	90
Le contrat	91
Les supports de gestion (documents, outils)	92
Les supports relatifs à la gestion des adhésions	92
Les supports relatifs à la gestion des cotisations	93
Les supports relatifs à la gestion des prestations	94
Le manuel de procédures	95
Les conventions avec les prestataires de soins	96
Index des tomes 1 et 2	97
Bibliographie	99

Liste des sigles

ASBL	Association sans but lucratif
BIT	Bureau international du Travail
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CPN	Consultation prénatale
DCI	Dénomination commune internationale
DTC 1	Première dose du vaccin antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheux
FNPC	Fédération nationale des producteurs de café
MAS	Micro-assurance santé
OIT	Organisation internationale du Travail
ONG	Organisation non gouvernementale
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UM	Unité monétaire

Introduction

Quelle est l'origine du guide?

Dans les pays en voie de développement ou en transition la grande majorité des personnes ne bénéficie d'aucune protection sociale, c'est-à-dire notamment d'aucune couverture financière en cas de maladie, d'accident ou de décès. L'absence de protection sociale en matière de santé touche près de 80% de la population dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, et près de la moitié de la population en Amérique latine et dans le reste de l'Asie.

Les personnes exclues des systèmes de protection sociale sont pour la plupart des travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Les systèmes de sécurité sociale existants ont des difficultés à atteindre ces populations. Dans la plupart des cas, l'extension de la protection sociale à ces personnes passe par des mécanismes nouveaux et adaptés.

Ces mécanismes reposent le plus souvent sur des initiatives prises par les populations elles-mêmes et par différents acteurs de la société civile: ONGs, syndicats, institutions de microfinance, hôpitaux ou centres de santé, etc. Parmi les initiatives apportant une couverture en cas de maladie, les systèmes de micro-assurance santé connaissent une croissance en nombre importante.

Le terme de micro-assurance santé regroupe une grande diversité de systèmes: les mutuelles de santé qui sont des associations autonomes basées sur la solidarité et la participation démocratique de leurs adhérents, les assurances organisées et gérées par les prestataires de soins (un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses usagers de payer une cotisation donnant droit à une réduction du prix des soins ou à la gratuité de certains services de santé), les systèmes d'assurance santé mis en place par d'autres acteurs parmi lesquels les ONGs, les institutions de microfinance, les coopératives, les syndicats.

Les systèmes de micro-assurance santé ont en commun d'utiliser un mécanisme, l'assurance, qui repose sur le paiement préalable de cotisations (ou primes)¹, le partage des risques et la notion de garantie. Les cotisations des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un certain nombre de risques précisément déterminés. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations, obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière. Ils renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc plus les réclamer.

Le dynamisme des systèmes de micro-assurance santé ne doit pas masquer leur fragilité. De création récente dans un environnement où ce type d'initiatives est encore rare, ces systèmes ne disposent pas du recul et de l'expérience nécessaires à la connaissance précise des risques financiers. Leurs protections financières – réserves, réassurance – et les compétences de leurs promoteurs en matière d'assurance sont encore limitées.

Dans ce contexte, les fondations des systèmes de micro-assurance santé – c'est-à-dire les hypothèses sur lesquelles ceux-ci sont construits – doivent être particulièrement solides. Un système aura d'autant plus de chances de survivre puis de se développer qu'il aura été au départ bien conçu. La conduite d'une étude de faisabilité avant la mise en place d'un système ou avant une nouvelle phase de développement de celui-ci apparaît donc essentielle.

L'idée de réaliser un guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé est partie d'un double constat:

¹ Le terme «prime» est fréquemment utilisé dans les assurances commerciales. Dans le souci de ne pas alourdir la formulation, il sera fait usage uniquement du terme «cotisation» dans ce guide.

- il est important de définir avec précision les caractéristiques du système de micro-assurance santé en fonction de son contexte pour assurer sa pérennité et sa viabilité. L'étude de faisabilité est l'un des facteurs – mais pas le seul – de réussite d'un système de micro-assurance santé;
- les différents promoteurs doivent disposer d'un ensemble cohérent de méthodes et d'outils pour mener à bien ce type d'étude.

Ce guide a été produit par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Secteur de la Protection sociale du BIT, qui s'attache depuis plusieurs années à renforcer les capacités techniques des promoteurs et des responsables de systèmes de micro-assurance santé et de leurs structures d'appui.

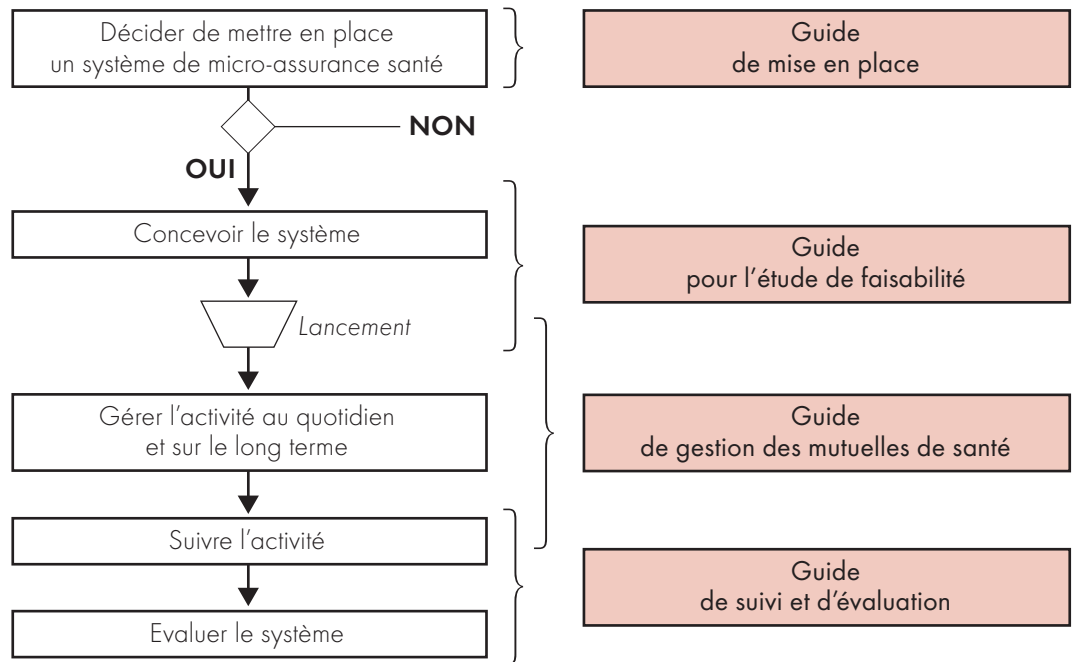
Quels sont l'objectif et le champ du guide?

L'objectif principal du guide est d'encourager et d'appuyer la conduite d'une étude de faisabilité systématique avant la mise en place d'un système de micro-assurance santé, ou lors de son développement. Le guide propose ainsi un mode d'emploi pour conduire une étude de faisabilité, comprenant une démarche à suivre dans le tome 1, ainsi que des méthodes et des outils dans le tome 2.

Le guide pour l'étude de faisabilité s'inscrit dans un ensemble structuré de guides produits par le programme STEP. Le champ du guide pour l'étude de faisabilité s'arrête par conséquent là où ceux des autres guides commencent. En particulier, ce guide ne traite pas de la pertinence de mettre en place un système de micro-assurance santé. Il n'explique pas non plus de manière précise et systématique comment fonctionne la micro-assurance santé. Ces deux aspects seront examinés dans le guide traitant de la mise en place des systèmes (à paraître). Le guide pour l'étude de faisabilité permet aux acteurs de concevoir le futur système de micro-assurance santé, et par conséquent de définir son organisation et ses règles de fonctionnement. Il n'explique cependant pas en détail comment gérer au quotidien l'activité du système, ceci fait l'objet du *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique* (BIT-STEP, 2003). Les aspects de suivi-évaluation sont quant à eux approfondis par le *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (BIT-STEP, 2001). La séparation des champs des différents guides est illustrée par le schéma ci-contre.

Quelles sont les limites du guide?

Le guide est conçu en priorité pour des organisations locales gérant une assurance santé. Le guide distingue les systèmes qui reposent sur une participation active des adhérents à la gestion et les systèmes qui ne prévoient pas cette participation. Le premier type comprend notamment les mutuelles de santé. Le deuxième type comprend notamment des systèmes gérés par des prestataires de soins, des institutions de microfinance, etc. Cette classification permet de proposer des méthodes et des outils adaptés aux principaux types de systèmes. Elle ne permet pas en revanche de prendre en compte l'ensemble des spécificités des systèmes existants.



Le guide traite uniquement de la mise en place ou du développement d'une activité d'assurance santé. Il ne traite pas de la faisabilité d'autres activités comme l'épargne et le crédit santé, l'installation et la gestion d'un centre de santé ou d'une pharmacie, qui peuvent être également initiées par les systèmes de micro-assurance santé ou les organisations locales.

Le guide s'adresse aux opérateurs de systèmes locaux quelle que soit leur implantation géographique: Afrique, Asie du Sud-Est, Subcontinent indien, Amérique latine. Les méthodes et outils présentés sont néanmoins en grande partie issus des expériences du programme STEP en Afrique de l'Ouest depuis 1998.

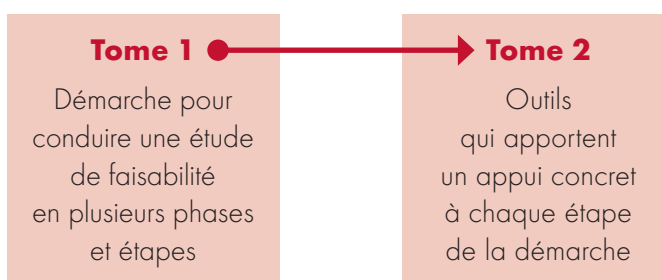
Le guide donne une démarche et des outils utiles pour définir un système de micro-assurance santé mais il ne suffit pas pour la conduite des différentes activités du système une fois celui-ci mis en place. Le lecteur est donc invité à utiliser d'autres guides publiés par le BIT/STEP notamment le *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003 et le *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT/STEP et CIDR, 2001. En outre, des formations ou un appui complémentaires doivent être envisagés au moment du démarrage des activités notamment dans les domaines de la gestion, de la comptabilité et de l'analyse financière.

Le guide ne propose pas de «recettes miracles» pour réussir une étude de faisabilité et cette dernière repose avant tout sur l'esprit créatif des promoteurs du système de micro-assurance. Son contenu est à utiliser comme une base de réflexion et une boîte à outils permettant de définir et mettre en œuvre une démarche adaptée à un contexte ou à un cas donné.

Comment le guide est-il structuré?

Le guide est composé de deux tomes:

- le premier tome est consacré à la présentation d'une démarche de conduite d'une étude de faisabilité et permet d'aider les acteurs à organiser la conduite de l'étude;
- le second tome propose des exemples de supports, d'outils, de méthodes d'analyse et de calcul, des cas pratiques, qui apportent un appui concret à chaque étape de la démarche. Il permet de rendre accessible certaines tâches techniques effectuées au cours de l'étude de faisabilité comme la rédaction d'un questionnaire, l'exploitation des résultats d'une enquête, le calcul des cotisations, la rédaction de contrats ou de conventions, etc.



Structure du tome 1: Démarche

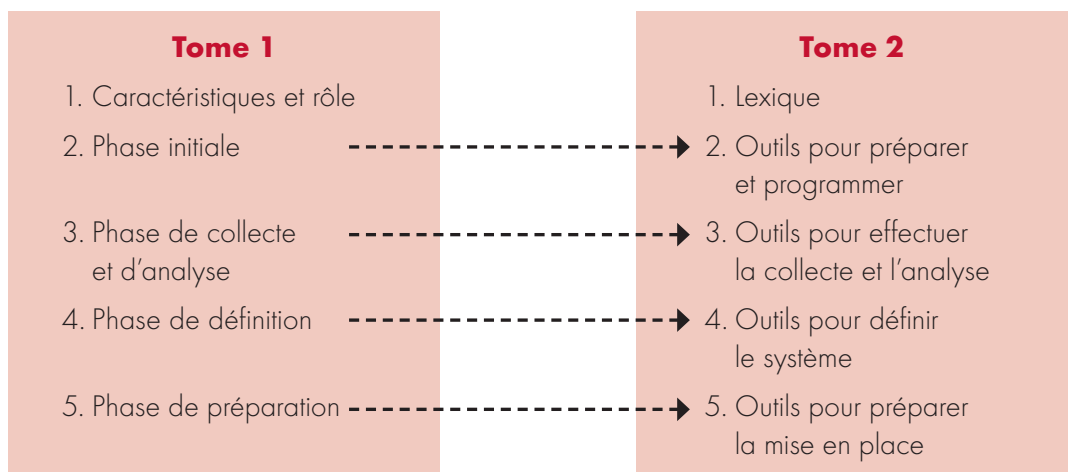
Le tome 1 comporte 5 chapitres:

Le chapitre 1	« Caractéristiques et rôle de l'étude de faisabilité» donne une présentation générale de l'étude de faisabilité, des acteurs impliqués, de la place et de l'importance de l'étude dans la vie d'un système de micro-assurance santé.
Le chapitre 2	« Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité» décrit les actions qu'il est conseillé de réaliser avant de se lancer dans l'étude de faisabilité. Il convient tout d'abord de vérifier la pertinence de l'étude et ensuite de préparer le démarrage de l'étude proprement dite: constitution d'une équipe, programmation des activités, etc.
Le chapitre 3	« Phase de collecte et d'analyse des données» propose une méthode pour conduire une collecte de manière cohérente et rigoureuse. La démarche de collecte proposée comporte plusieurs étapes: définir la démarche de la collecte (étape 1), construire les supports de collecte de l'information (étape 2), préparer et effectuer la collecte (étape 3), transformer les données collectées en données exploitables (étape 4).
Le chapitre 4	« Phase de définition du système de micro-assurance santé» propose une démarche pour concevoir le système. Cette démarche comporte plusieurs étapes, correspondant chacune à la définition de l'un des aspects du système: le choix des prestataires de soins, le choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations, le choix de l'organisation du système, etc. Pour certaines étapes, le chapitre suggère d'utiliser une méthode participative, associant différents acteurs au processus de choix.
Le chapitre 5	« Phase de préparation de la mise en place du système» présente brièvement le rapport de l'étude de faisabilité ainsi que les documents et outils de référence qu'il est utile de produire à la fin de l'étude de faisabilité pour fixer l'ensemble des choix effectués au cours de la phase de définition du système et pour pouvoir démarrer les activités.

Structure du tome 2: Outils

Le tome 2 comporte tout d'abord un lexique technique qui permet de préciser les termes utilisés dans l'ensemble du guide et ensuite 4 chapitres (2 à 5) qui répondent aux chapitres 2 à 5 du tome 1 en proposant des outils adaptés pour les différentes phases et étapes de l'étude de faisabilité.

Le chapitre 1	« Lexique technique » définit les termes techniques marqués du symbole «*» lors de leur première apparition dans le texte.
Le chapitre 2	«Outils pour préparer et programmer l'étude de faisabilité» offre un appui concret pour organiser des séances de discussion avec la population cible, et préparer l'étude de faisabilité: programmation, budget prévisionnel.
Le chapitre 3	«Outils pour effectuer la collecte et l'analyse des données» offre un appui concret pour définir la démarche de la collecte, construire des supports de collecte de l'information, calculer la taille d'un échantillon représentatif et transformer les données collectées en données utilisables lors de la phase de définition du système.
Le chapitre 4	«Outils pour définir le système de micro-assurance santé» propose des supports de restitution des données collectées, des supports permettant de faciliter le processus de choix, des définitions et schémas permettant de comprendre ou d'expliquer certains mécanismes, des formules de calcul, des cas pratiques.
Le chapitre 5	«Outils pour préparer la mise en place du système» propose des trames ou des plans de documents, voire des exemples de documents rédigés: contrat, convention, etc.



Les chapitres 2, 3, 4 et 5 du tome 2 viennent en appui aux chapitres correspondants du tome 1.

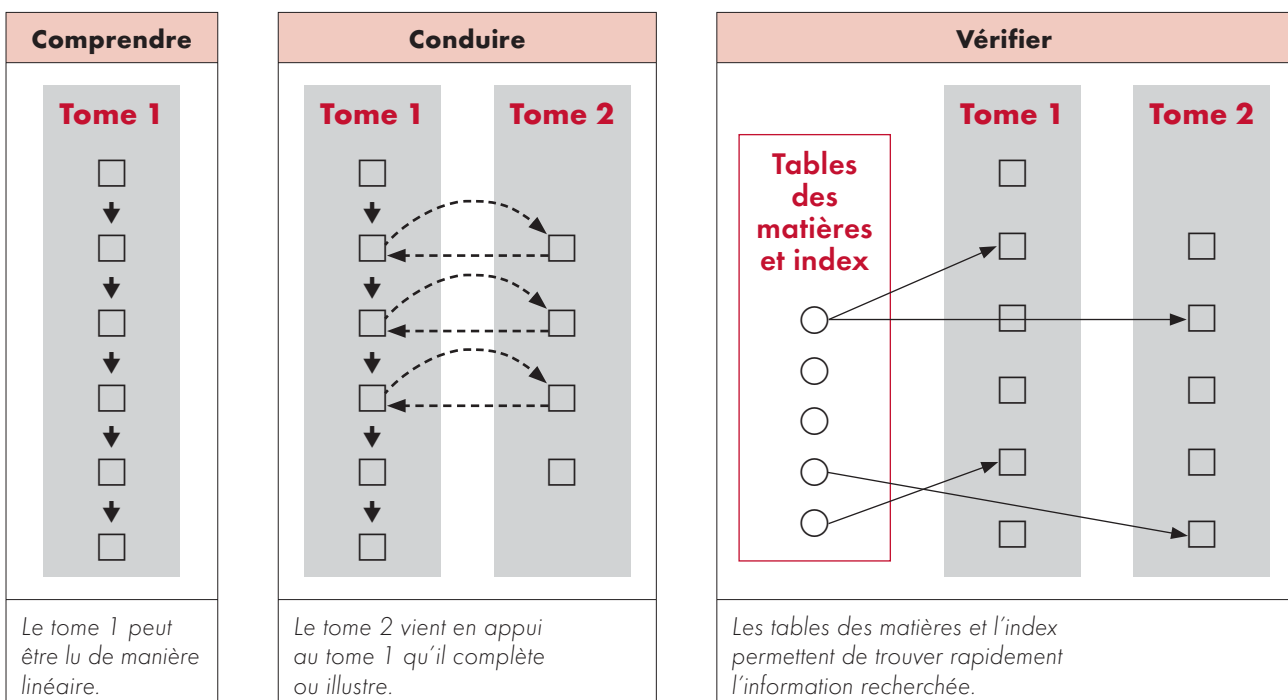
A qui le guide s'adresse-t-il et comment l'utiliser?

Le guide s'adresse aux personnes qui souhaitent comprendre ce qu'est une étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Ces personnes peuvent se contenter de lire le premier tome du guide qui se concentre sur la démarche de conduite d'une étude de faisabilité.

Il s'adresse aussi aux personnes qui souhaitent concrètement conduire l'étude de faisabilité d'un système de micro-assurance santé soit pour concevoir et mettre en place un nouveau système, soit pour préparer une nouvelle phase de développement d'un système existant: mise en place de nouvelles garanties, refonte des procédures de gestion, extension de la couverture géographique, etc. Il est conseillé pour ces personnes d'utiliser simultanément les tomes 1 et 2. Le tome 1 permet de comprendre ce que l'on fait et pourquoi. Il comporte par ailleurs de nombreux renvois vers des sections spécifiques du tome 2. Ce dernier est une vaste boîte à outils qui ne doit pas être lue de manière linéaire (du début à la fin), mais en appui ponctuel à certaines parties du tome 1, en suivant les renvois effectués depuis ce dernier.

La conduite d'une étude de faisabilité suppose un ensemble de compétences qu'il est rare de trouver chez une seule et même personne. C'est pourquoi les équipes chargées de conduire ce type d'études sont souvent pluridisciplinaires, et peuvent en outre faire appel à des compétences extérieures, notamment pour la réalisation de certaines tâches techniques comme l'organisation d'une collecte de données, l'analyse des résultats de la collecte, le calcul des cotisations, la rédaction de documents juridiques. Suivre l'ensemble des recommandations du guide est dès lors difficile pour une seule et même personne. Chaque utilisateur ira plutôt «piocher» au sein du guide la démarche et les outils lui permettant de conduire la ou les étapes de l'étude dont il a la responsabilité.

Ce guide peut enfin être utilisé en dehors du cadre de l'étude de faisabilité comme un ouvrage de référence permettant au lecteur de vérifier, lorsqu'il en a besoin, une formule de calcul, de s'inspirer d'un exemple de questionnaire, ou de contrat, de réutiliser une méthode comme celle du tableau de rôles, de vérifier un raisonnement ou une définition. L'utilisateur peut alors se servir des tables des matières et de l'index afin d'atteindre rapidement l'information recherchée.



1. Caractéristiques et rôle de l'étude de faisabilité

Qu'est-ce qu'une étude de faisabilité?

L'étude de faisabilité* est la première étape de tout projet de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé*. Elle a pour objectifs de:

- apprécier la pertinence du futur système de micro-assurance santé, c'est-à-dire de vérifier qu'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte;
- définir pour le futur système des caractéristiques qui favorisent son développement et lui permettent d'être viable;
- décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins*.

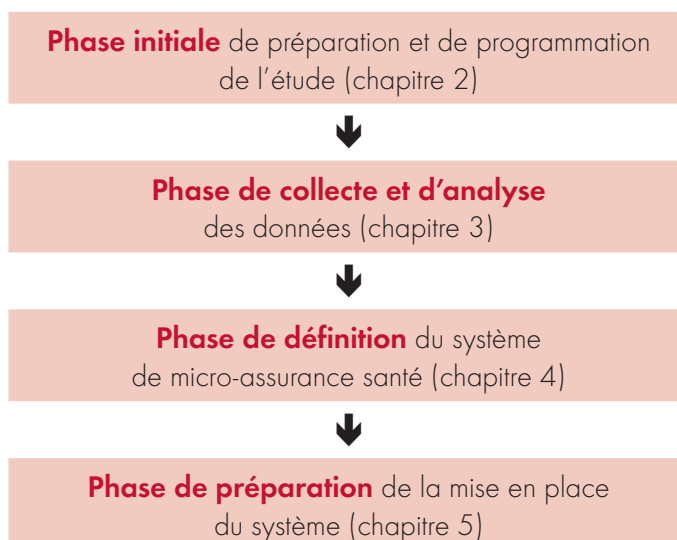
Remarque: Dans certains cas, mettre en place un système de micro-assurance santé n'est pas la réponse la plus appropriée. Ainsi, dans un contexte dépourvu de formations sanitaires* de qualité acceptable, il convient plutôt de renforcer la qualité des structures sanitaires existantes – voire de créer de nouvelles formations sanitaires – avant de mettre en place un système de micro-assurance santé. Autre exemple, face à certains besoins de couverture de petits risques*, d'autres modes de financement peuvent être aussi efficaces que l'assurance*: le prépaiement*, l'épargne santé*, le crédit santé*.

Il s'agit par conséquent de débiter l'étude de faisabilité avec l'esprit le plus ouvert possible, sans idée préconçue sur le type de système à mettre en place ni sur les prestations* qui seront offertes. Il faut éviter de faire du «mimétisme»: ce n'est pas parce qu'il existe un système de micro-assurance santé fonctionnel dans le pays, la région, voire le village voisin, que celui-ci est adapté aux besoins et aux caractéristiques de la population cible* et du contexte du futur système de micro-assurance santé.

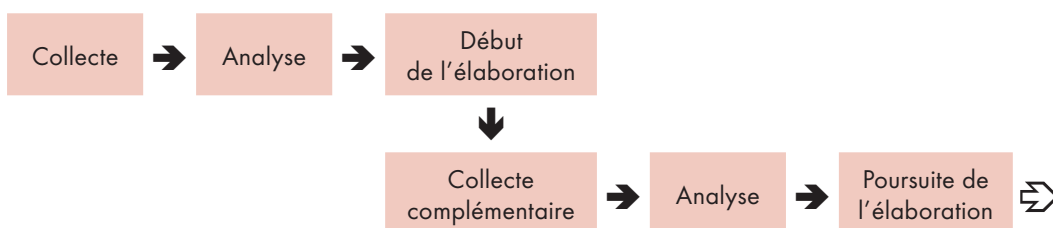
L'étude de faisabilité permet plus particulièrement de:

- mettre en évidence les problèmes posés: difficulté de la population cible à faire face aux dépenses de santé, problèmes de qualité des formations sanitaires, etc.;
- identifier les causes de ces problèmes: variations saisonnières des revenus, niveau de revenu insuffisant pour faire face à certaines dépenses de santé comme l'hospitalisation, manque de motivation du personnel de santé, etc.;
- valider l'idée de créer un système de micro-assurance santé;
- collecter les données permettant d'effectuer des choix pertinents et de concevoir un système de micro-assurance santé solide;
- définir le système de micro-assurance santé: services couverts et niveaux de prise en charge*, organisation du système, règles de fonctionnement, etc.;
- préparer son implantation ou son développement: élaborer la stratégie et la programmation de la mise en place, les documents de référence, les supports et les outils nécessaires au démarrage des activités;
- préparer la création officielle du système.

De manière très schématique, l'étude de faisabilité se décompose en quatre phases:



Dans la pratique, l'étude de faisabilité est le plus souvent conduite de manière non linéaire, avec un va-et-vient entre l'analyse de la situation - fondée sur la collecte et l'analyse des données - et l'élaboration du système.



Qui réalise l'étude de faisabilité?

Les compétences requises

Conduire une étude de faisabilité requiert un certain nombre de compétences et de connaissances:

	Compétences et connaissances requises
Phase initiale	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissances générales en matière d'assurance santé et de gestion de projet ● Capacité d'analyse ● Aptitude à conduire des réunions, capacité d'écoute et de dialogue
Phase de collecte et d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissance du contexte et des sources d'information disponibles ● Connaissances générales en matière d'assurance santé ● Compétences en matière de conduite d'entretiens, d'administration de questionnaires d'enquête ● Compétences informatiques pour la saisie des données ● Aptitude à manier les chiffres: calculs d'indicateurs, interprétation des résultats
Phase de définition du système	<ul style="list-style-type: none"> ● Aptitude à conduire des réunions, capacité d'écoute et de dialogue ● Maîtrise technique dans le domaine de l'assurance santé en particulier en ce qui concerne le calcul de cotisations*, l'organisation et les modalités de fonctionnement d'un système (règles et procédures) ● Connaissances générales en matière de comptabilité et finance pour l'élaboration du budget prévisionnel
Phase de préparation de la mise en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacité de synthèse pour rédiger le rapport de l'étude de faisabilité ● Compétences en matière de rédaction de documents de nature juridique et d'outils de gestion* comme le manuel de procédures ● Compétences informatiques si mise en place d'un logiciel de gestion

Le rôle du promoteur

C'est généralement le promoteur du système de micro-assurance santé qui décide de la conduite de l'étude de faisabilité. Le promoteur est une structure qui souhaite créer ou développer un système de micro-assurance santé. Il peut s'agir d'une organisation locale comme une association*, une ONG, une coopérative*, une institution de microfinance, etc., ou encore d'un prestataire de soins* comme un hôpital; ou enfin d'un acteur du développement comme une ONG internationale, un projet de coopération, etc. travaillant éventuellement en partenariat avec une ou plusieurs organisations locales.

Dans certains cas le promoteur dispose en interne des compétences pour réaliser l'étude. Il se charge alors de l'organiser et de la conduire depuis la collecte des informations jusqu'à la conception du système. Lorsqu'il ne réunit pas l'ensemble des compétences requises, le promoteur peut déléguer tout ou partie de la conduite de l'étude à une structure d'appui technique. Responsable de certaines parties de l'étude, le promoteur joue un rôle de supervision et d'orientation des autres acteurs pour la réalisation des travaux qu'il a délégués.

Le rôle de la population cible

La population cible est celle que le futur système envisage de couvrir. Elle comporte l'ensemble des adhérents* potentiels et leurs personnes à charge*. Elle peut être définie sur une base territoriale: il s'agit par exemple de la population implantée autour d'une formation sanitaire, la population d'une commune rurale ou urbaine, etc. Elle peut aussi être définie sur une base socio-économique ou socioprofessionnelle: il s'agit par exemple des membres d'un syndicat ou d'une coopérative, des salariés d'une entreprise, des adhérentes d'une association de femmes, etc. La population cible n'est pas nécessairement homogène. Une importance toute particulière doit être accordée à certains sous-groupes, comme les femmes, jeunes, minorités ethniques, étrangers, etc., qui peuvent représenter une part importante de la population cible.

La population cible est directement concernée par la mise en place du système de micro-assurance santé, puisque celui-ci va a priori modifier son accès aux soins.



Important. Au sein de la population cible, les femmes jouent le plus souvent un rôle prépondérant dans les questions relatives à la santé*, et tout particulièrement dans les domaines de la santé de la reproduction, les soins de maternité et la santé de la famille. Au moment de l'identification des besoins de la population cible et de la définition du système, il importe d'encourager les femmes à s'exprimer et à donner leur avis. Celles-ci sont souvent les mieux placées pour exprimer leurs propres besoins en matière d'accès aux soins ainsi que ceux de leurs enfants. Oublier la voix des femmes peut conduire à la conception d'un système ne répondant pas aux besoins d'une majorité de la population.

La réalisation de l'étude de faisabilité demande aussi la participation d'autres acteurs

Ces acteurs peuvent être les prestataires de soins, les autorités sanitaires*, les autorités locales, les structures d'appui technique, etc. Le rôle des acteurs les plus fréquemment associés à la réalisation des études de faisabilité est présenté ci-dessous.

Les prestataires de soins

Il s'agit des prestataires de soins publics et privés de la zone d'implantation du système de micro-assurance santé: hôpitaux, centres de santé, cliniques, dispensaires, pharmacies, médecins privés, etc.

Les prestataires de soins sont directement concernés par la mise en place et le développement du système de micro-assurance santé, car celui-ci modifie en partie leur cadre d'intervention: le système peut contribuer à accroître la solvabilité de la demande, à introduire de nouvelles normes de qualité ou à modifier les mécanismes de paiement des services de santé.

Lorsque les prestataires de soins ne sont pas eux-mêmes promoteurs du système, il est bon qu'ils participent à certaines étapes de l'étude de faisabilité car cela facilite ensuite les relations que le système entretiendra avec eux. Au moment de la collecte de données, les prestataires de soins peuvent par exemple communiquer des informations sur les services disponibles, la consommation médicale de la population cible, etc.

Néanmoins, lorsque les promoteurs envisagent de sélectionner un ou plusieurs prestataires de soins afin de tisser des accords de partenariat avec certains d'entre eux, il faut veiller à ne pas associer trop étroitement l'ensemble des prestataires existants avant que cette sélection n'ait lieu.

Les autorités sanitaires

Ce sont les organismes de tutelle des formations sanitaires, et dans certains cas, leurs véritables décideurs. Elles comportent les directions départementales, régionales ou centrales de la santé.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé peut induire des modifications du fonctionnement des formations sanitaires: nouvelles modalités de paiement, nouvelles exigences de qualité, nouveaux tarifs, etc. Ces modifications fonctionnelles ne peuvent en général être engagées sans l'accord des autorités sanitaires.

Les autorités locales

Ce sont les autorités administratives, religieuses, traditionnelles, ainsi que l'ensemble des leaders locaux. Elles comportent par exemple: le préfet, le maire de la commune, les responsables des communautés religieuses en place, les chefs traditionnels, etc.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé introduit une modification du contexte sanitaire et social. Ces modifications peuvent être favorisées par l'accord et l'appui des autorités locales. L'appui des autorités traditionnelles ou religieuses peut par ailleurs faciliter l'adhésion de la population cible.

Les autorités locales doivent par conséquent être informées de la réalisation de l'étude, de son objet et de celui du futur système de micro-assurance santé. Elles peuvent en outre communiquer des informations utiles pour comprendre le contexte socio-économique, ou pour identifier d'autres acteurs clés, comme des organisations de la société civile dynamiques.

Les structures d'appui

Ce sont des organisations locales, régionales, nationales ou internationales en mesure d'apporter un appui méthodologique et technique aux promoteurs du système. L'assistance technique peut venir de services décentralisés de l'Etat, de structures privées (ONGs, bureaux d'études, etc.), de programmes d'appui technique bi- ou multilatéraux, d'unions* ou de fédérations* de systèmes de micro-assurance santé, de coopératives, etc.

Les promoteurs de systèmes de micro-assurance santé ne maîtrisent pas toujours l'ensemble des éléments nécessaires à la conduite d'une étude de faisabilité. Celle-ci suppose en effet un savoir-faire et l'utilisation de méthodes et d'outils spécifiques. Les structures d'appui peuvent, dans le cadre de l'étude de faisabilité:

- apporter un appui méthodologique: savoir-faire en matière de conduite de projet, d'animation, de collecte des données, etc.;
- apporter un appui technique: transfert de compétences, de méthodes et d'outils en matière de collecte et d'analyse des données, de calcul statistique, d'utilisation de logiciels adaptés, etc.;
- apporter un appui financier: financement de formations, de matériel ou apport de ressources pour le démarrage des activités (fonds de réserve*, subvention momentanée ou permanente des cotisations, etc.).

Comme le souligne le chapitre 2 «Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité», il est souhaitable que la participation de tous ces acteurs dans l'étude de faisabilité soit coordonnée par un comité de pilotage*.

A quel moment réaliser une étude de faisabilité?

L'étude de faisabilité doit être réalisée avant le démarrage d'un nouveau système

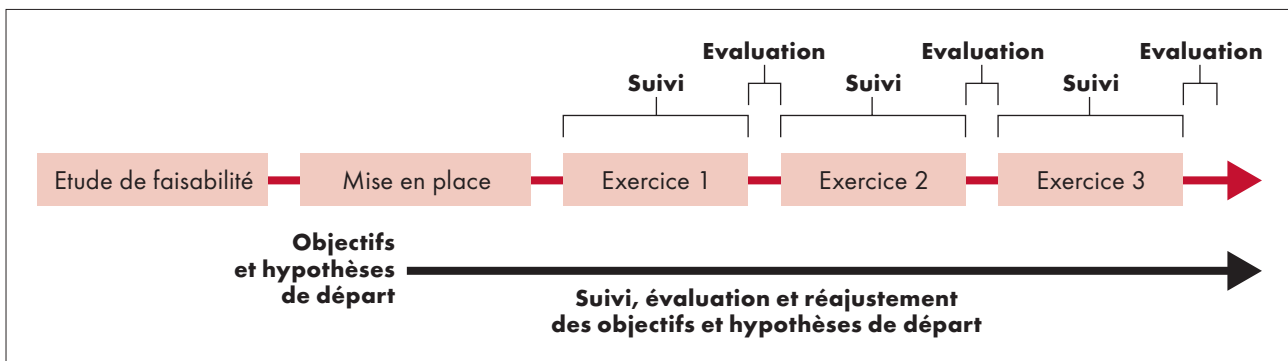
La mise en place d'un nouveau système de micro-assurance santé s'appuie sur les conclusions de l'étude de faisabilité, et notamment sur le choix:

- du (ou des) couple(s) prestations/cotisations*;
- du schéma d'organisation du système;
- d'un ensemble de règles de fonctionnement.

Ces conclusions pourront être ajustées dès les premiers exercices*. Le suivi et l'évaluation jouent à cet égard un rôle crucial car ils permettent d'ajuster le système conçu initialement au regard de l'expérience acquise.

L'étude de faisabilité permet en tout cas de débiter les activités sur de bonnes bases et d'éviter que le système ne soit confronté par la suite à d'importants bouleversements qui pourraient décourager les adhésions et conduire à son échec.

Le schéma suivant illustre le rôle de l'étude de faisabilité dans la définition des objectifs et des hypothèses de départ du système et le rôle du suivi et de l'évaluation dans le réajustement de ceux-ci.



L'étude de faisabilité doit être réalisée avant chaque nouvelle phase d'activité

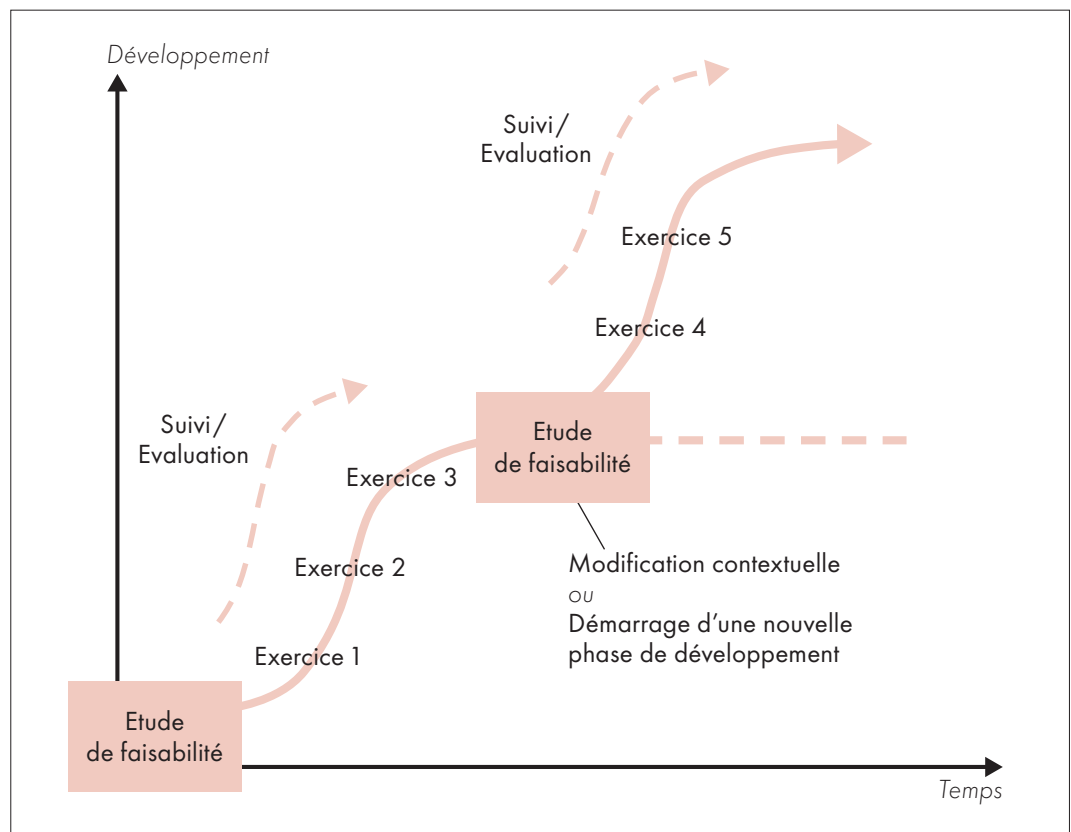
Le développement d'un système de micro-assurance santé au cours des années comporte en général plusieurs phases. A chaque phase correspond un ensemble d'objectifs. Lorsque les objectifs d'une phase sont atteints le système peut soit conserver cette «vitesse de croisière», soit initier une nouvelle phase de développement de ses activités: élargissement de la population couverte, offre de nouvelles prestations, de nouveaux services, accords avec de nouveaux prestataires de soins, etc. Avant le démarrage de cette nouvelle phase, il est important de réaliser une nouvelle étude de faisabilité.

Il se peut aussi, qu'au cours d'une phase de développement, les données du contexte changent et nécessitent de redéfinir certaines des caractéristiques du système. Dans ce cas également, il est important d'effectuer une nouvelle étude de faisabilité.

Exemple: Suite à l'affiliation des membres d'un important syndicat dont les besoins sont différents de ceux de la population cible d'origine, le système envisage de proposer une nouvelle formule de couverture*, plus adaptée à ces nouveaux adhérents.

Ces nouvelles études de faisabilité permettent de vérifier la pertinence des développements ou modifications envisagés et de définir précisément les caractéristiques ou activités du système en veillant à ce qu'elles ne mettent pas en péril sa viabilité et son efficacité.

Le schéma suivant illustre le rôle récurrent de l'étude de faisabilité dans la définition des objectifs et hypothèses de chaque nouvelle phase d'activité du système.



2. Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité

Introduction

Objectif de la phase initiale

La phase initiale a pour objectif de préparer l'étude de faisabilité. Elle consiste à :

- vérifier que les conditions préalables à la mise en place d'un système de micro-assurance santé ou au développement d'un système existant sont satisfaites, et de confirmer le lancement de l'étude de faisabilité;
- constituer le comité de pilotage qui sera chargé de la conduite de l'étude de faisabilité;
- programmer la réalisation de l'étude et préparer son budget prévisionnel.

Remarque: Si certaines conditions ne sont pas réunies d'autres solutions qu'un système de micro-assurance santé pourront être envisagées pour faire face aux problèmes identifiés. Inversement, si toutes les conditions préalables sont satisfaites, cela ne garantit pas le succès du système de micro-assurance santé. Il est important de garder à l'esprit, à ce stade, que mettre en place ou développer un système de micro-assurance santé n'est pas forcément la meilleure réponse à apporter aux besoins identifiés dans le contexte donné.

Par ailleurs, la phase initiale marque le début du processus d'«information - éducation - communication» avec la population cible et les autres acteurs: prestataires de soins, organisations de la société civile, autorités sanitaires et locales, etc. Ce processus sera poursuivi tout au long de la vie du système de micro-assurance santé.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose une démarche pour conduire la phase initiale à travers plusieurs actions:

- vérifier que les conditions préalables sont réunies (action 1);
- confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité (action 2);
- constituer le comité de pilotage (action 3);
- programmer l'étude de faisabilité (action 4);
- préparer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité (action 5);
- engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs autour des problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins (action continue).

L'ordre des actions est donné à titre indicatif. Dans la pratique certaines de ces actions peuvent être imbriquées, se répéter ou être effectuées dans un ordre différent.

Pour conduire chacune de ces actions, consulter les outils proposés dans le tome 2, chapitre 2:

► Outils utiles

2.1 - Les séances de discussion (page 25).

2.2 - La programmation de l'étude (page 29).

2.3 - La préparation du budget prévisionnel de l'étude de faisabilité (page 31).

Action 1: Vérifier que les conditions préalables sont réunies

Il est important, avant de s'engager dans l'étude de faisabilité, de vérifier que mettre en place un système de micro-assurance permet de répondre aux problèmes rencontrés et qu'un certain nombre de facteurs de succès sont réunis. Ces vérifications préalables sont d'autant plus nécessaires que la conduite d'une étude de faisabilité mobilise des ressources parfois importantes.

Remarque: Il ne s'agit pas ici de se demander si la mise en place d'un système de micro-assurance santé est la meilleure solution aux problèmes rencontrés compte tenu du contexte. Cette question de la pertinence et du choix d'une réponse parmi plusieurs réponses possibles (extension des systèmes formels de sécurité sociale*, mise en place de systèmes d'assistance sociale ou mise en place de systèmes de protection sociale* à base communautaire) est traitée dans le guide sur la mise en place des systèmes de micro-assurance santé.

► *Guide de mise en place de systèmes de micro-assurance santé, BIT-STEP, à paraître.*

Il s'agit ici de vérifier que les conditions préalables suivantes sont réunies:

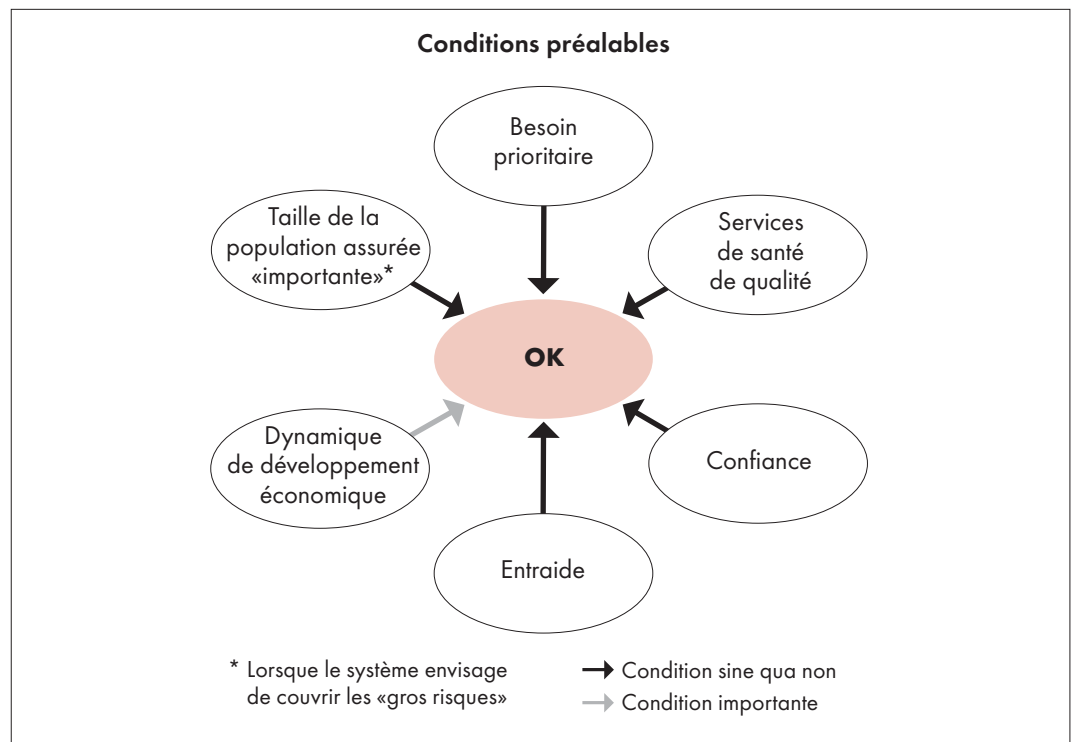
Condition 1	Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque* financier lié à la maladie et la maternité.
Condition 2	Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles.
Condition 3	La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées.
Condition 4	Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible.
Condition 5	Une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Et lorsque le système envisage de couvrir le « gros risque* »:

Condition 6	Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année.
--------------------	---

Les quatre premières conditions sont des conditions sine qua non. Si l'une d'elles n'est pas remplie, le processus de mise en place du système de micro-assurance santé peut s'arrêter ou s'orienter vers un autre projet comme la mise en place d'une structure d'offre de soins*, d'un système de prépaiement, etc. La cinquième condition est importante mais non strictement nécessaire.

La sixième condition est introduite surtout lorsque le système envisage de couvrir les «gros risques», c'est-à-dire des soins particulièrement coûteux et aléatoires comme l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, l'accouchement par césarienne, etc. Dans tous les cas, l'intérêt du système est de couvrir un nombre relativement important de bénéficiaires* pour réduire le poids des charges fixes.



L'étude des conditions préalables s'appuie principalement sur un ensemble d'informations recueillies au fil des échanges avec les différents acteurs: informations sur le risque maladie, sur la qualité des services de santé, sur le dynamisme économique, sur les traditions de prévoyance* et d'entraide, sur les succès ou échecs de projets de mise en commun de fonds, etc. Elle peut aussi s'appuyer sur des documents relatifs à la situation sanitaire dans la région, au dynamisme associatif, etc.

Pour des exemples de thèmes de discussion se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion,** § Exemples de thèmes de discussion, tome 2, chapitre 2, page 26.

Condition 1: Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité

Un système de micro-assurance santé permet de faire face aux dépenses liées à un épisode de maladie* ou à la maternité. Ces dépenses comprennent les dépenses médicales, les dépenses annexes – comme les frais de transport pour aller jusqu'à l'hôpital, les frais d'hébergement des accompagnants, les frais de nourriture du patient* hospitalisé – ainsi que le manque à gagner en cas d'arrêt de travail du patient et des accompagnants.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé n'a d'intérêt que si le risque financier lié à la maladie et à la maternité est non seulement réel, mais aussi ressenti par la population comme important voire prioritaire. Dans un contexte de gratuité des soins, le besoin de protection est sans doute plus faible que dans un contexte de soins payants, mais d'autres dépenses liées à la santé, comme les frais de transport pour accéder aux formations sanitaires, peuvent être problématiques pour la population. Si les soins sont payants mais que la population a d'autres besoins qu'elle juge plus importants – comme se nourrir, se loger – la mise en place d'un système de micro-assurance santé risque de ne pas être ressentie comme prioritaire.

LES RÉPERCUSSIONS DU RISQUE FINANCIER LIÉ À LA MALADIE

Impact sur l'état de santé

La crainte de ne pouvoir faire face aux dépenses de santé ou de devoir cesser une activité génératrice de revenus pendant la durée du traitement pousse parfois les individus à différer l'accès aux soins au risque d'aggraver leur état de santé.

Pour faire face au montant élevé de certaines dépenses de santé et des coûts indirects, les familles doivent mettre en œuvre un ensemble de stratégies: liquidation de l'épargne, vente de biens, demande d'aide auprès du réseau de relations, demande de crédit, etc. Cette recherche d'argent prend du temps et contribue également à retarder l'accès aux soins.

Lorsque les montants rassemblés ne suffisent pas à prodiguer les soins de qualité dont a besoin le patient, son rétablissement complet est remis en cause.

Impact sur le niveau de vie

Les stratégies mises en œuvre par les familles comprennent entre autres la liquidation de biens. Cette liquidation peut entraîner l'appauvrissement durable de la famille par la vente des moyens de production. Elle peut aussi accroître la vulnérabilité de la famille face à d'autres événements graves qui pourraient survenir dans le futur, dans la mesure où celle-ci ne dispose plus d'épargne pour y faire face.

L'arrêt de travail du malade entraîne un manque à gagner et s'accompagne de choix peu satisfaisants pour l'avenir, comme la déscolarisation des enfants et leur mise sur le marché du travail.

Lorsque le patient utilise des soins de santé spécialisés*, les dépenses peuvent être importantes. On parle de gros risques. Lorsque le patient utilise des soins de santé primaires*, on parle à l'inverse de petits risques.

Condition 2: Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles

Un système de micro-assurance santé a pour fonction de prendre en charge totalement ou partiellement les dépenses occasionnées lors de l'utilisation des services de santé: centres de santé, hôpitaux, professionnels de santé libéraux, pharmacies, etc.

La mise en place d'un tel système n'est envisageable que s'il existe une gamme de services de santé permettant de répondre aux principaux besoins de la population et si celle-ci souhaite effectivement utiliser ces services. En effet, si ces derniers sont de mauvaise qualité ou mal perçus, l'attractivité du système de micro-assurance santé sera faible.

Il faut donc que les services de santé existants permettent de faire face aux principaux besoins de santé de la population cible, qu'ils soient situés à proximité de celle-ci, et enfin qu'ils soient d'un niveau de qualité acceptable et bien perçus par cette population.

Lorsque l'offre de soins ne remplit pas ces critères, trois solutions peuvent être envisagées:

- soit l'abandon du projet de mise en place d'un système de micro-assurance santé;
- soit l'introduction, dans le cadre de ce projet, d'une composante visant à renforcer la qualité et la disponibilité des services de santé. Améliorer la qualité ou accroître la gamme des services proposés peuvent faire l'objet d'accords entre le système et les prestataires de soins;
- soit la création d'une offre de santé complémentaire (centre de santé par exemple). Il s'agit cependant d'un projet assez lourd. Cette activité ne relevant pas de l'assurance, elle n'est pas abordée dans le présent guide.

Lorsque les formations sanitaires sont de qualité acceptable, la mise en place du système de micro-assurance santé, en augmentant la solvabilité de la demande, peut contribuer à accroître leur fréquentation* et conduire à leur engorgement: files d'attente, personnel débordé, ruptures de stock de médicaments. Le système peut donc contribuer à détériorer la qualité de l'offre. Par conséquent, il peut être utile, parallèlement à la mise en place du système, d'encourager une utilisation optimale des formations sanitaires en présence, avec des mécanismes de référence obligatoire* d'un échelon* à l'autre de la pyramide sanitaire*, ou de contribuer à ce que les capacités d'accueil des formations sanitaires dont les services sont couverts par le système soient renforcées.

Condition 3: La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées

Un système de micro-assurance santé suppose le paiement régulier d'une cotisation. Les cotisations sont mises en commun pour prendre en charge les dépenses médicales des personnes couvertes* qui ont besoin d'utiliser les services de santé.

La mise en commun des cotisations est difficilement acceptable lorsque la population ne fait pas totalement confiance aux promoteurs et autres personnes impliquées dans le projet. Les antécédents relatifs aux relations entre la population et ces personnes doivent donc être pris en compte. L'attitude des autorités locales est également importante car leur soutien donne une caution morale à ces personnes.

Cette mise en commun de fonds est aussi difficile à accepter lorsque la population a déjà fait l'expérience de projets «collectifs» (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc.) qui se sont soldés par des échecs. Ces expériences doivent également être prises en considération pour juger de la possibilité de mettre en place un système de micro-assurance santé.

Condition 4: Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible

Le paiement régulier d'une cotisation est parfois difficile à accepter parce que son bénéfice n'est pas visible tant que les adhérents et leurs ayants droit* sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette cotisation «pour les autres», ceux qui tombent malades.

La compréhension et l'acceptation du mécanisme de l'assurance sont facilitées lorsqu'il existe dans la population des traditions d'entraide. Ces liens d'entraide peuvent découler de plusieurs situations: habitants d'un village ou d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social*, etc.

Lorsque ces traditions n'existent pas, il est possible d'utiliser d'autres mécanismes de financement des dépenses de santé, comme le prépaiement ou l'épargne et le crédit santé, qui ne reposent pas sur la mise en commun de fonds mais sur un financement individuel. Ces mécanismes, ne relevant pas de l'assurance, ne sont pas traités dans le présent guide.

Condition 5: Une dynamique de développement socio-économique est engagée

Le paiement régulier d'une cotisation est difficile dans un contexte où les ménages ont d'autres besoins prioritaires qui grèvent leur budget comme se nourrir, se loger. Il est également difficile dans un contexte de faible circulation monétaire. Il est à l'inverse d'autant plus facile à accepter qu'une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Cette condition est importante. Néanmoins, même si les revenus monétaires des familles sont faibles et ne leur permettent pas toujours, individuellement, de faire face aux dépenses de santé, la mise en commun des cotisations permet, collectivement, de mieux faire face aux dépenses des personnes ayant besoin de se faire soigner. C'est ce que l'on appelle la mutualisation* des risques ou le partage des risques entre malades et bien-portants.

Condition 6: Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année

Cette condition vaut surtout pour des systèmes destinés à couvrir les gros risques. Il s'agit d'événements rares qui impliquent des dépenses importantes, comme les hospitalisations, les accouchements dystociques, les opérations chirurgicales, les évacuations vers l'étranger, etc.

Les cotisations permettent la prise en charge* des dépenses de santé des personnes couvertes par le système. Le calcul des cotisations se base généralement sur des estimations de la consommation moyenne de la population concernée en matière de soins de santé. Lorsque la consommation réelle est supérieure à la consommation moyenne estimée, l'équilibre financier du système peut être mis en péril.

Exemple: Une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 350 ménages permet de conclure que, dans cette population, le risque d'hospitalisation touche en moyenne dans l'année 4 personnes sur 100. Le système de micro-assurance santé envisage de couvrir les hospitalisations. Il se peut qu'en première année le nombre de personnes réellement hospitalisées soit exactement égal à la prévision, c'est-à-dire 4 sur 100. Il se peut également, et c'est plus probable, que ce nombre soit ou bien inférieur ou bien supérieur. Lorsque le nombre réel est supérieur aux prévisions, le système – s'il a basé le calcul de la cotisation sur le nombre moyen – peut être mis en difficulté.

D'après la théorie des probabilités*, les variations autour de la moyenne sont d'autant plus importantes que la population couverte est de petite taille et le risque couvert est rare. À l'inverse plus la population est importante et les risques couverts sont courants, plus ces variations sont faibles.

	Population couverte «petite»	Population couverte «importante»
Risque rare (ex.: hospitalisations)	Variations +++	Variations +
Risque courant (ex.: consultations)	Variations +	Variations $\cong 0$

Des techniques permettent de tenir compte de l'impact de ces variations dans le calcul des cotisations et seront expliquées dans les paragraphes concernant ce calcul. Lorsque la population couverte est «trop» petite, il est cependant difficile de protéger efficacement le système contre les conséquences financières de ces variations.

Par conséquent, lorsque la population cible est réduite (par exemple, population d'un village de 1500 habitants) ce qui induit généralement un nombre de personnes couvertes relativement faible en première année, il est très aléatoire de mettre en place un système de micro-assurance santé destiné à couvrir le gros risque.

Action 2: Confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité

Si les conditions préalables sont réunies, la mise en place d'un système de micro-assurance santé peut être une solution aux problèmes d'accès aux soins rencontrés par la population. Les responsables de l'organisation promotrice du système de micro-assurance santé sont en mesure de décider, dès lors, de lancer l'étude de faisabilité en tant que telle. Le lancement de l'étude de faisabilité peut être annoncé au cours des discussions avec la population, les responsables des formations sanitaires et les autorités locales.

Action 3: Constituer le comité de pilotage

Le comité de pilotage est l'équipe chargée de la conduite de l'étude de faisabilité. Il est habituellement composé de 5 à 10 personnes, mais peut être plus important notamment lorsque l'étude se déroule simultanément dans plusieurs zones géographiques. Lorsque le nombre de membres est trop important, le comité risque de ne pas être fonctionnel. À l'inverse si ce nombre est trop petit, le comité risque de ne pas être représentatif de la population et des principaux acteurs. Les fonctions du comité débutent lors de la préparation de l'étude et s'achèvent au moment de la constitution officielle du système de micro-assurance santé.

Le comité joue également le rôle d'interface entre les responsables de l'organisation promotrice du système et la population cible dont les membres, pour des raisons évidentes, ne peuvent pas être tous impliqués dans la réalisation de l'étude.

Les attributions du comité comprennent:

- la gestion de l'étude: il doit programmer et organiser les différentes phases de l'étude. Il doit assurer son pilotage c'est-à-dire suivre le degré d'avancement de chaque phase, effectuer les recadrages éventuels, comme la conduite de la collecte de données dans une zone supplémentaire, prendre les décisions opérationnelles qui s'imposent, comme le recrutement d'un enquêteur;
- l'information de la population cible et des autres acteurs, la communication autour de l'étude de faisabilité, l'identification des besoins, le recueil des avis, des expériences et des conseils des différents acteurs. Le comité organise des réunions d'information et des séances de discussion au moment du démarrage de l'étude. Il anime des groupes de travail au cours de la phase de définition du système;
- l'organisation et la réalisation de tâches concrètes avec, si nécessaire, l'appui d'opérateurs extérieurs. Le comité peut organiser et réaliser la collecte des données. Il peut analyser les résultats de la collecte, les restituer aux acteurs dans le cadre de séances d'animation, et appuyer le processus de décision collective et de définition du système. Enfin, il peut élaborer la stratégie et la programmation de la mise en place du système et établir les documents de synthèse, les outils et les supports nécessaires à son démarrage.

Le rôle du comité n'est donc pas de décider du système qui sera mis en place mais, en organisant des séances de discussion et des groupes de travail avec les différents acteurs, de favoriser une bonne perception des problèmes, la découverte de solutions et petit à petit la conception d'un système de micro-assurance santé adapté au contexte et répondant aux besoins de la population cible.

Pour constituer le comité de pilotage il faut choisir ses membres, étudier leurs besoins en formation et leur faire bénéficier d'une ou de plusieurs formations afin qu'ils soient capables de mener l'étude de faisabilité.

Etape 1: Constituer le comité de pilotage

Les membres du comité de pilotage pourront être identifiés au cours des différents contacts engagés avec la population et les autres acteurs. L'un des objectifs des séances de discussion, est d'ailleurs d'identifier les acteurs clés qui pourront participer activement à la conduite de l'étude de faisabilité et faire éventuellement partie du comité de pilotage.

Pour la liste des objectifs des séances de discussion, se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion**, § Objectifs des séances de discussion, tome 2, chapitre 2, page 25.

Le comité de pilotage doit réunir des compétences diverses: maîtrise technique dans le domaine de la micro-assurance santé, gestion de projet, conduite de réunions et d'entretiens, administration de questionnaires, analyse de données, rédaction de documents, utilisation de tableurs et de logiciels de gestion, etc. Il s'agit donc de réunir des membres dont les compétences peuvent se compléter.

Les membres du comité de pilotage sont généralement issus de l'organisation promotrice du système: ONG, coopérative, syndicat, hôpital, institution de microfinance, etc. Lorsque l'organisation promotrice souhaite faire participer la population à l'élaboration ou au développement du système de micro-assurance santé (logique participative), le comité de pilotage comprend

en outre des représentants de la population cible: membres d'un groupement villageois, d'une association de femmes, etc.

Quelles que soient l'origine des membres du comité de pilotage et leurs compétences respectives, il est très important d'y inclure une proportion élevée de femmes. En effet, celles-ci sont souvent les mieux placées pour exprimer leurs propres besoins en matière d'accès aux soins ainsi que ceux des enfants. Ne pas donner la voix aux femmes peut conduire à la conception d'un système ne répondant pas aux besoins d'une grande partie de la population cible.

Dans certains cas, les responsables des formations sanitaires peuvent faire partie du comité de pilotage: c'est en particulier le cas lorsque l'organisation promotrice du système est elle-même une formation sanitaire ou lorsqu'une seule formation sanitaire est en situation de monopole et rassemble les critères de qualité et de proximité requis. En revanche, lorsque la sélection des formations sanitaires n'est pas évidente (cas où l'offre de soins est le fait de plusieurs prestataires en concurrence et où une sélection doit être effectuée), il est préférable de ne pas introduire de responsables de formations sanitaires dans le comité de pilotage. Ceux-ci pourraient en effet orienter ce choix et réduire la capacité de négociation du système de micro-assurance santé.

Lorsque le comité de pilotage ne compte pas de représentants de certains acteurs, il est important qu'il consulte néanmoins ceux-ci à différents moments de l'étude de faisabilité.

Exemples: Si le comité de pilotage ne comporte pas de représentants de la population cible (cas d'une logique peu participative), il importe de consulter régulièrement la population par le biais d'enquêtes, d'entretiens, de «focus groups» afin de s'assurer que le système répond aux besoins et correspond à la disposition à payer* de la population.

Si le comité de pilotage n'inclut pas de responsables des formations sanitaires, il est nécessaire de les consulter à différents moments de l'étude. Au cours de la phase de collecte de données, ceux-ci peuvent communiquer des données utiles pour comprendre le contexte sanitaire et les problèmes d'accès aux soins, pour estimer l'utilisation actuelle des services de santé par la population cible et préparer le calcul ultérieur des cotisations.

Par ailleurs, même sans inclure les autorités sanitaires et locales dans le comité de pilotage, celles-ci peuvent être invitées à titre d'observateurs ou de conseillers à différentes réunions, notamment à la première. Il convient en tout cas de les tenir au courant de l'avancement des travaux.

Lorsque le comité de pilotage fait appel à des compétences extérieures, les structures d'appui sollicitées peuvent – sans faire partie intégrante du comité de pilotage – participer à divers travaux et réunions.

Etape 2: Etudier les besoins en formation et faire bénéficier les membres du comité de pilotage d'une formation

Dans la plupart des cas, tout ou partie des membres du comité de pilotage doivent recevoir une formation afin d'acquérir les connaissances qui leur permettront de participer activement aux travaux de l'étude de faisabilité.

L'objectif n'est pas de transformer les membres du comité de pilotage en techniciens de l'assurance. L'acquisition de telles compétences est difficile et longue. Il est préférable et moins coûteux de faire appel à une structure extérieure pour la réalisation des tâches les plus techniques de l'étude de faisabilité.

Il s'agit d'étudier les besoins en formation par un bilan des connaissances et compétences des membres du comité afin de proposer des formations adaptées. Celles-ci peuvent comporter des modules théoriques de base et avancés, suivis de la visite d'un ou plusieurs systèmes de micro-assurance santé.

Exemples de thèmes abordés dans les modules de formation:

Modules de base	Modules avancés
<ul style="list-style-type: none"> ● Les principes de la micro-assurance santé ● Les prestations des systèmes de micro-assurance santé ● Les différents types de systèmes et les modalités d'organisation et de fonctionnement de chacun d'eux ● La démarche de réalisation d'une étude de faisabilité ● Les méthodes d'animation 	<ul style="list-style-type: none"> ● La collecte de données (démarche, conduite, analyse des données collectées) ● Le calcul des cotisations ● Les critères de choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations ● Les mécanismes et supports de gestion

Exemple de la Concertation: En Afrique de l'Ouest et du Centre, plusieurs organisations et programmes internationaux interviennent aujourd'hui en appui aux expériences de micro-assurance qui se développent, et organisent des ateliers de formation à l'intention des promoteurs de systèmes de micro-assurance santé. Depuis 1999, ces organisations d'appui ainsi que de nombreux promoteurs et systèmes de micro-assurance santé se sont regroupés au sein de: «La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.» Entre autres activités, la Concertation anime un site internet (www.concertation.org) qui liste les structures d'appui auxquelles peuvent s'adresser les promoteurs locaux. Ce site propose également de nombreuses ressources bibliographiques, des présentations d'expériences et une information permanente sur les grands événements liés à la micro-assurance, parmi lesquels l'organisation de sessions de formation.

Action 4: Programmer l'étude de faisabilité

Avant le démarrage de l'étude, il est souhaitable de la programmer c'est-à-dire de décrire ce qui doit se passer, quand et comment. La programmation peut être matérialisée par la rédaction d'un document de référence décrivant les activités prévues et comprenant le calendrier prévisionnel de l'étude.

Programmer l'étude permet:

- d'avoir une vision à la fois globale et précise de l'étude et de la démarche suivie, avec pour chaque activité et chaque tâche, le détail de son contenu, sa durée prévue et les moyens humains et matériels nécessaires à sa réalisation;
- de veiller à ce que suffisamment de temps soit accordé à la réalisation de l'ensemble des activités et des tâches dans de bonnes conditions (ou, à l'inverse, que l'étude ne traîne pas en longueur).

Remarque: Une étude de faisabilité dure en moyenne entre quatre et douze mois.

- de s'assurer que l'étude de faisabilité suit un processus continu sans interruption majeure au risque de décourager les acteurs. Il est notamment important de choisir la date de démarrage de telle sorte que l'étude s'achève à un moment opportun pour le lancement ou le déploiement du système et de vérifier la disponibilité des membres du comité de pilotage sur toute la durée de l'étude.

Programmer l'étude consiste concrètement à identifier les différentes phases de l'étude et à détailler pour chacune d'elle les principales activités et pour chaque activité les tâches à réaliser (étape 1), à estimer la durée de chaque tâche sur la base de la charge de travail qu'elle représente et des ressources mobilisées (étape 2) et à organiser les activités et les tâches dans un calendrier (étape 3).

Pour un exemple de programmation se reporter à :

► **2.2 – La programmation de l'étude**, tome 2, chapitre 2, page 29 où est exposé le cas pratique de la Fédération nationale des producteurs de café (FNPC).

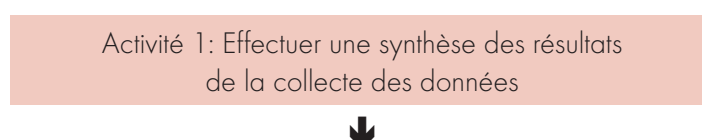
Etape 1: Identifier les différentes phases de l'étude, les activités et les tâches

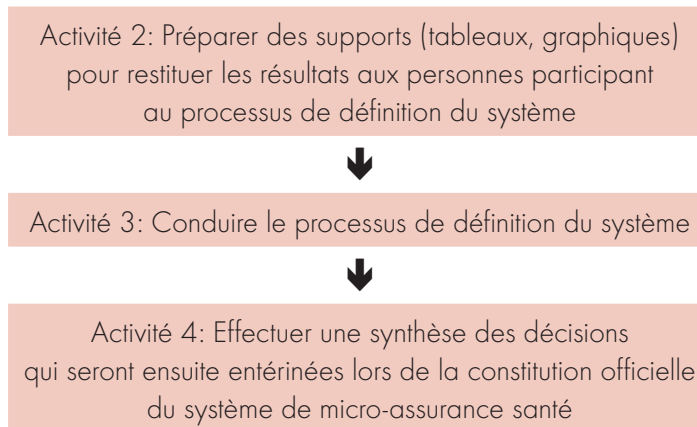
Les différentes phases de l'étude de faisabilité sont généralement les suivantes:

- une phase de collecte des données et d'analyse des informations collectées. Cette phase comporte habituellement les activités ou étapes suivantes:

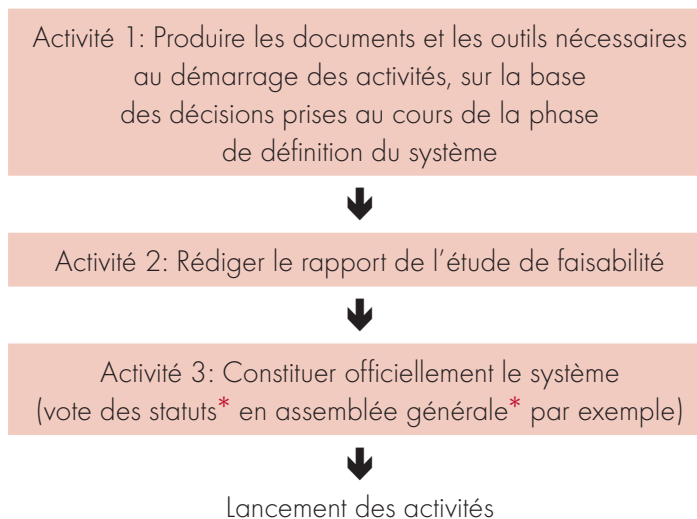


- une phase de définition du système. Cette phase comporte habituellement les activités suivantes:





- une phase de préparation de la mise en place du système. Celle-ci comporte habituellement les activités suivantes:



Une fois qu'on a identifié les phases et les activités, on découpe chaque activité en tâches élémentaires.

Exemple: L'activité «effectuer la collecte des données auprès des ménages» comporte les tâches suivantes: «conduire les enquêtes», «suivre l'avancement de la collecte», «saisir les données brutes» et «contrôler la saisie».

Etape 2: Estimer la durée de chaque tâche

Ensuite on estime la durée de chaque tâche sur la base de la charge de travail qu'elle représente et des ressources nécessaires à son exécution.

Exemple: Un comité de pilotage prévoit de réaliser une enquête auprès de 300 ménages dans un village: 3 enquêteurs seront mobilisés et devront interviewer 100 ménages chacun, la durée d'administration d'un questionnaire est estimée à trente minutes et le temps de travail quotidien d'un enquêteur est de cinq heures. Par conséquent, la réalisation de cette enquête s'étalera sur dix jours, avec 10 interviews par jour et par enquêteur.

Etape 3: Organiser les activités et les tâches dans un calendrier

Ensuite on organise les activités et les tâches dans un calendrier de travail. L'outil le plus approprié est le diagramme de Gantt (chronogramme). Il permet d'élaborer un programme des activités puis de contrôler son exécution au fur et à mesure de la réalisation de l'étude.

Pour réaliser ce diagramme on commence par ordonner les activités et les tâches dans un ordre logique et chronologique. Ensuite on dessine un tableau comportant deux colonnes. Dans celle de gauche on inscrit les activités agencées dans l'ordre logique et chronologique, avec, pour chacune d'elles, le détail des tâches. La colonne de droite représente l'échelle du temps et est subdivisée en mois, semaines et jours. Puis on grise pour chaque tâche les cases correspondant aux jours, semaines ou mois où il est prévu de la réaliser. Ainsi pour une tâche qui dure cinq jours on grise 5 cases. Pour connaître la date de démarrage de la tâche, on tient compte de la date de fin de la (ou des) tâche(s) précédente(s) auxquelles elle est liée.

Exemple: La tâche «b» commence nécessairement après la fin de la tâche «a» et dure trois jours. La tâche «a» se termine le vendredi de la première semaine. Par conséquent la tâche «b» peut commencer le lundi suivant. On grise les cases correspondant aux lundi, mardi et mercredi de la deuxième semaine.

1 ^{re} colonne: activités et tâches agencées dans l'ordre logique et chronologique	2 ^e colonne: échelle du temps																				
	Semaine 1					Semaine 2					Semaine 3					Semaine 4					
	l	m	m	j	v	l	m	m	j	v	l	m	m	j	v	l	m	m	j	v	Etc.
Activité n° 1:																					
● Tâche «a»																					
● Tâche «b»																					
Activité n° 2:																					
● Tâche «c»																					
● Tâche «d»																					
● Tâche «e»																					
Etc.																					

Le diagramme de Gantt permet d'estimer la durée globale de l'étude. Il peut aussi jouer le rôle de «rétro-planning». Si on détermine la période la plus favorable pour le démarrage des activités du système de micro-assurance santé, il est aisé de déterminer la date à laquelle l'étude de faisabilité doit être achevée et, par déduction, la date de démarrage de l'étude.



Important. La détermination de la période la plus favorable au démarrage des activités du système doit tenir compte de deux éléments. 1) La période de cotisations doit être fixée à un moment de l'année où les revenus sont relativement élevés, après la vente des récoltes par exemple. 2) La période d'attente* ne doit pas être placée au moment de la soudure monétaire. En effet, demander aux familles de cotiser durant cette période – particulièrement difficile sur les plans financier et sanitaire – sans pouvoir bénéficier d'une prise en charge est peu motivant et risque de décourager les adhésions.

Action 5: Préparer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité

Le détail des activités et des tâches ainsi que leur programmation permet d'estimer les moyens à mettre en œuvre et d'élaborer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité. Une étude de faisabilité n'est pas nécessairement onéreuse mais nécessite un certain nombre de dépenses: indemnisation des enquêteurs, frais de déplacement, frais de photocopies, etc.

Le comité de pilotage doit veiller à affecter à la réalisation de l'étude des ressources suffisantes mais non excessives.

L'élaboration du budget prévisionnel consiste à recenser et à évaluer l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles de l'étude de faisabilité et à vérifier que l'équilibre financier est atteint. Les dépenses prévisionnelles comprennent: les frais de personnel (comme l'indemnisation des enquêteurs, l'indemnisation éventuelle des membres du comité de pilotage), les frais de formation et de déplacement, les dépenses de fournitures (photocopies, supports, etc.), les frais d'infrastructure comme la location d'une salle pour les réunions et les formations. Les recettes prévisionnelles proviennent essentiellement de l'organisation promotrice du système et de structures extérieures (ONG partenaire, structure d'appui, Etat, programme de coopération).

Une fois que les dépenses et les recettes sont calculées elles sont reportées dans un tableau comprenant deux colonnes, avec les dépenses à gauche et les recettes à droite. Pour un exemple de budget prévisionnel, se reporter à:

► **2.3 – La préparation du budget prévisionnel de l'étude de faisabilité**, tome 2, chapitre 2, page 31.

Action continue: Engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs autour des problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins

Ce dialogue participe d'un processus «d'information – éducation – communication» qui est initié lors de la phase initiale, poursuivi au cours de l'étude de faisabilité, puis conduit de façon continue au cours de la vie du système de micro-assurance santé.

Ce processus est crucial pour susciter l'intérêt de la population et des autres acteurs pour le système. Il favorise également l'élaboration d'un système répondant aux besoins de la population cible et correspondant à sa disposition à payer. Il permet plus tard de faire évoluer le système en prenant en compte les changements de besoins des personnes couvertes ou en identifiant les besoins de nouveaux adhérents et ayants droit potentiels: population située dans une nouvelle zone géographique, autres catégories socioprofessionnelles.

Lors de la phase initiale, l'objectif est de faire s'exprimer chacun sur la situation sanitaire, les problèmes d'accès aux soins et les besoins de protection et d'encourager les acteurs à s'engager dans une réflexion et des actions permettant de faire face aux problèmes identifiés.

Il est important de chercher à recueillir l'opinion des différents acteurs (population cible, prestataires de soins, organisations de la société civile, autorités sanitaires et locales, etc.), et, au sein de la population cible, de tous les groupes qui la composent. Il s'agit notamment de veiller à ne pas oublier l'avis des groupes habituellement sous représentés dans les réunions ou instances de décision, comme les femmes, les adolescents, les travailleurs immigrés, les membres de certains groupes sociaux ou ethniques. Il peut être utile, dans certains contextes, d'organiser des réunions par sous-groupes homogènes. Différentes manières d'organiser ces réunions sont possibles, de l'entretien individuel à la réunion collective. Pour une description des différents modes d'organisation de ces séances, se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion**, § Organisation des séances de discussion, tome 2, chapitre 2, page 26.

3. Phase de collecte et d'analyse des données

Introduction

Objectif de la phase de collecte et d'analyse des données

La collecte des données consiste à réunir les informations nécessaires à la définition du système de micro-assurance santé. Ces informations seront utilisées pour choisir les services couverts, le (ou les) couple(s) prestations/cotisations, les prestataires partenaires, etc.

La collecte des données permet également de décrire la situation initiale laquelle servira de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur la fréquentation des formations sanitaires, les comportements de recours aux soins, etc.

Il est souhaitable que la collecte des données se concentre sur les données essentielles et qu'elle coûte le moins cher possible. La collecte doit être conduite avec méthode. Il s'agit de définir puis de suivre une démarche cohérente. Cette exigence de méthode permet de garder un fil conducteur tout au long de la collecte et de l'analyse des résultats. Elle n'empêche pas de conduire la collecte de manière itérative avec plusieurs phases successives de recherche d'informations et d'analyse des données collectées.

LES ERREURS À ÉVITER LORS DE LA PHASE DE COLLECTE

Erreur n° 1: Collecter de l'information inutile ou inexploitable.

L'expérience montre que cette précaution n'est souvent pas prise. Beaucoup d'informations sont accumulées sans être utilisées.

Erreur n° 2: Produire de l'information déjà disponible.

Il convient, avant de se lancer dans les entretiens et les enquêtes, de recueillir les données déjà disponibles: résultats d'enquêtes effectuées par d'autres organisations, données du recensement, études du contexte, etc.

Erreur n° 3: Interviewer plusieurs fois les mêmes personnes.

Il vaut mieux réfléchir à l'avance à l'information que l'on souhaite collecter auprès des différents interlocuteurs pour ne pas avoir à revenir interviewer la même personne plusieurs fois.

Erreur n° 4: Mettre en œuvre un processus trop lourd demandant beaucoup de ressources humaines et matérielles.

Contenu du chapitre

Ce chapitre propose une méthode pour conduire une collecte de manière cohérente et rigoureuse. La démarche de collecte proposée comporte plusieurs étapes:

- définir la démarche de la collecte (étape 1);
- construire les supports de collecte de l'information (étape 2);
- préparer et effectuer la collecte (étape 3);
- transformer les données collectées en données exploitables (étape 4), c'est-à-dire utilisables pour définir le système.

Pour conduire chacune de ces étapes, consulter les outils proposés dans le tome 2, chapitre 3:

► Outils utiles

- 3.1 - Listes des informations à collecter par objectif (page 33).
- 3.2 - Exemples de supports de collecte de l'information (page 56).
- 3.3 - Taille de l'échantillon pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages (page 71).
- 3.4 - Exemples de transformation des données collectées en données exploitables (page 71).

Étape 1: Définir la démarche de la collecte

Définir la démarche est la première étape de la collecte de données. Il s'agit de préciser quelles informations sont recherchées, dans quel but et auprès de quelles sources d'information. Il s'agit aussi de préparer la réalisation des supports de collecte et l'utilisation ultérieure des données collectées pour la définition du système.

Pour définir la démarche de collecte, on peut utilement remplir deux tableaux complémentaires:

- un tableau que l'on appellera par la suite «tableau stratégique»;
- un tableau que l'on appellera par la suite «tableau de mise en œuvre».

Le tableau stratégique permet de décrire les objectifs de la collecte, les informations recherchées pour chaque objectif et les sources d'information que l'on prévoit d'utiliser. Le tableau de mise en œuvre permet de lister pour chaque source que l'on prévoit de consulter les informations à collecter et rappelle l'utilité de chaque information recherchée. Ces deux tableaux comportent en réalité les mêmes informations mais présentées de manière inversée. Ils sont complémentaires. Le tableau stratégique permet dans un premier temps d'identifier l'information à rechercher, le tableau de mise en œuvre d'ordonner et de regrouper ensuite ces informations de manière à simplifier et réduire le coût de la collecte. Il faut pouvoir obtenir auprès d'une même source toutes les informations nécessaires en un minimum de consultations (par exemple éviter d'interroger plusieurs fois une même personne pour obtenir tour à tour des informations liées aux objectifs 1, puis 2, puis 3, etc.).

Action 1: Remplir le tableau stratégique

Le tableau stratégique comporte trois colonnes. Dans la première on indique les objectifs de la collecte, dans la deuxième les informations à collecter pour chaque objectif et dans la troisième les sources d'informations que l'on prévoit d'utiliser.

Tableau stratégique

Objectifs	Informations	Sources

Première colonne: Les objectifs de la collecte

Le comité de pilotage peut se fixer un ou plusieurs objectifs. Les objectifs choisis sont variables d'un promoteur à l'autre. Les principaux objectifs habituellement poursuivis ont été recensés ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive.

LISTE DES PRINCIPAUX OBJECTIFS

Objectif 1: Connaître le contexte.

Objectif 2: Préparer le choix de la population cible.

Objectif 3: Préparer le choix des prestataires de soins partenaires.

Objectif 4: Préparer le choix des services de santé à couvrir.

Objectif 5: Préparer le choix des modalités de prise en charge, paiement direct ou tiers payant*.

Objectif 6: Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible.

Objectif 7: Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires.

Objectif 8: Evaluer la disposition à payer de la population cible.

Objectif 9: Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques.

Objectif 10: Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.

Pour plus de détails sur les différents objectifs et notamment sur les types de promoteurs qui peuvent être intéressés par l'un ou l'autre, voir:

► **3.1 – Listes des informations à collecter par objectif**, tome 2, chapitre 3, page 33.

OPTER POUR L'OBJECTIF 6 OU L'OBJECTIF 7?

L'objectif 6 et l'objectif 7 consistent tous deux à préparer le calcul des cotisations. Il existe en effet deux grandes méthodes de collecte pour préparer ce calcul. Première méthode: à partir des dépenses de santé de la population cible, ce qui correspond à l'objectif 6. Deuxième méthode: à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires, ce qui correspond à l'objectif 7.

Dans quel cas opter pour l'objectif 6? Lorsque le système envisage de couvrir un certain nombre de services de santé dispensés par divers prestataires de soins (centres de santé et hôpitaux publics, pharmacies privées et dispensaires publics, cliniques, etc.), il est conseillé de suivre l'objectif 6.

Exemple: Le système envisage de couvrir les consultations et les médicaments dans les centres de santé intégrés à l'hôpital public et dans certaines cliniques, ainsi que les médicaments achetés dans certaines pharmacies privées.

Dans quel cas opter pour l'objectif 7? Lorsque le système envisage un accord de partenariat avec un nombre restreint de formations sanitaires et qu'il souhaite prendre en charge non pas certains services particuliers, mais l'ensemble des services dispensés par ces formations sanitaires (ou par l'une des branches de ces formations sanitaires comme le service chirurgie de l'hôpital par exemple) et enfin lorsqu'il envisage un mode de paiement forfaitaire* du prestataire de soins (paiement par épisode de maladie ou forfait annuel par personne couverte appelé capitation*).

Exemple: Le système envisage de couvrir les services dispensés au centre de santé et privilégie une formule d'abonnement. Il versera au centre de santé un forfait annuel par personne couverte donnant droit à l'utilisation «illimitée» du centre.

Une fois que les objectifs ont été choisis, le comité peut les inscrire dans la première colonne du tableau stratégique:

Exemple de remplissage du tableau stratégique

Objectifs	Informations	Sources
Connaître le contexte		
Préparer le choix des services de santé à couvrir		
...		

Deuxième colonne: Les informations à collecter pour chaque objectif

Pour chaque objectif on peut choisir de collecter un certain nombre d'informations. Ainsi, pour l'objectif 1 «Connaître le contexte» on peut collecter des informations économiques, démographiques, sanitaires, politiques, etc.

Le choix des informations à collecter dépend bien sûr de celles disponibles qui peuvent varier selon les pays, les régions. Ainsi, dans un pays où les formations sanitaires ne sont pas régulièrement auditées les informations sur la qualité objective de l'offre de soins risquent de ne pas être disponibles et/ou fiables.

Il est en outre souhaitable d'effectuer un tri parmi les informations identifiées afin de ne conserver que celles qui semblent les plus pertinentes compte tenu du contexte.

Un résumé de la liste des informations pour chaque objectif est présentée ci-dessous. Pour la liste détaillée se reporter à :

► **3.1 – Listes des informations à collecter par objectif**, tome 2, chapitre 3, page 33.

RÉSUMÉ DES LISTES DES INFORMATIONS À COLLECTER PAR OBJECTIF

Informations pour l'objectif 1: Connaître le contexte

Informations démographiques, économiques, sur l'offre de soins, sur le contexte sanitaire, sur certains aspects sociaux, informations politiques et juridiques.

Informations pour l'objectif 2: Préparer le choix de la population cible

Informations sur la qualité objective des formations sanitaires utilisées par la population cible (en effet, il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable), sur l'accès aux formations sanitaires, sur la dynamique de développement socio-économique au sein de la population cible, sur certains aspects sociaux, sur les pratiques d'entraide en cas de maladie, les comportements de recours et les modalités de financement de l'accès aux soins.

Informations pour l'objectif 3: Préparer le choix des prestataires de soins partenaires

Informations sur l'offre de soins, sur la qualité objective et la qualité perçue des formations sanitaires, sur leur fréquentation.

Remarque: Lorsque l'offre de services de santé est insuffisante, l'organisation promotrice du système ou la structure d'appui peuvent envisager de jouer un rôle dans la mise en place de services de santé, s'ils correspondent à des besoins réels ou exprimés de la population cible: création d'une pharmacie, achat d'une ambulance, etc.

Informations pour l'objectif 4: Préparer le choix des services de santé à couvrir

Panorama des services de santé disponibles, informations permettant de mettre en évidence les services de santé prioritaires concernant les besoins sanitaires, les services dont l'accès est difficile pour des raisons financières, informations sur les besoins spécifiques de certains sous-groupes de la population cible, identification des services de santé faisant l'objet de problèmes de recouvrement* et/ou de financement.

Informations pour l'objectif 5: Préparer le choix des modalités de prise en charge, paiement direct ou tiers payant

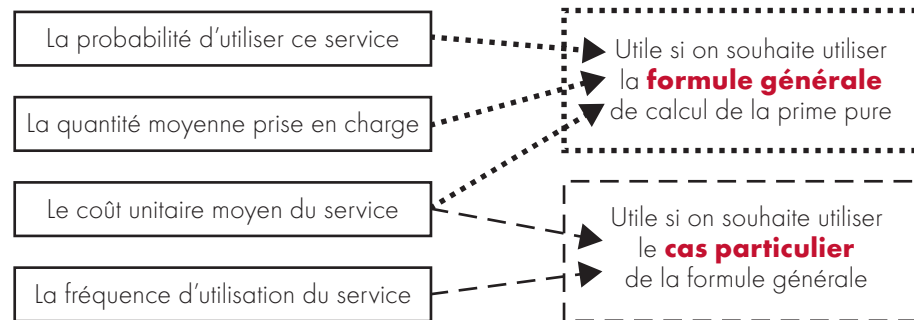
Informations permettant de mettre en évidence les services pour lesquels le tiers payant est prioritaire.

Informations pour l'objectif 6: Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible

Données permettant de calculer la cotisation et plus précisément la prime pure* pour chaque service de santé: la probabilité d'utiliser le service, la quantité moyenne prise en charge, le coût unitaire moyen, la fréquence* d'utilisation du service.

RÉSUMÉ DES LISTES DES INFORMATIONS À COLLECTER PAR OBJECTIF (suite)

Informations pour l'objectif 6 (suite)



Important. Les données collectées concernent l'utilisation passée des services de santé par une population qui le plus souvent ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance santé. Si on utilise telles quelles les données collectées, la valeur de la prime pure obtenue risque d'être sous-évaluée. Au moment de l'analyse des données collectées et de leur transformation, il est donc important d'essayer de tenir compte de l'impact supposé de la couverture d'assurance sur l'utilisation des services de santé.

► **3.4.6 – Cas pratiques**, tome 2, chapitre 3, page 88 et page 103.

Informations pour l'objectif 7: Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires

Informations sur les coûts fixes et variables de la formation sanitaire ainsi que le nombre d'utilisateurs.

Informations pour l'objectif 8: Evaluer la disposition à payer de la population cible

Informations sur la saisonnalité de la disposition à payer et sur les niveaux actuels de contribution, dans le cadre d'autres organisations de la société civile mettant en jeu des cotisations périodiques.

Informations pour l'objectif 9: Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques

Informations sur l'existence et le contenu d'un cadre légal pour la contractualisation avec les prestataires de soins et identification des partenaires des futurs accords, informations permettant de définir les engagements tarifaires et les normes de qualité dans le cadre des conventions* avec ces prestataires, informations permettant de définir le mode de paiement* des prestataires de soins le plus approprié, informations permettant de préparer les accords avec les transporteurs, identification des programmes d'éducation à la santé et de prévention et des modalités de collaboration avec ces programmes, identification des aides publiques existantes et des modalités d'octroi.

Informations pour l'objectif 10: Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système

Modes d'organisation et principales règles de gestion de systèmes de micro-assurance santé existants, existence et caractéristiques de leurs réseaux éventuels, principaux indicateurs: pourcentage de frais de gestion, taux de pénétration, etc.



Important. La **fréquentation** d'une formation sanitaire (cf. informations pour l'objectif 3) est mesurée à l'aide du taux de fréquentation qui est calculé à partir du nombre de nouveaux cas et de la taille de la population de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire (son aire administrative):

$$\text{Taux de fréquentation} = 100 \times \frac{\text{Nombre de nouveaux cas}}{\text{Population de l'aire de responsabilité}}$$

Les nouveaux cas sont les nouveaux épisodes de maladie ou de maternité vus pour la première fois. Lorsque, au cours d'un même épisode, un patient doit revenir plusieurs fois pour suivre un traitement, ces nouvelles visites ne sont pas comptabilisées.

La **fréquence d'utilisation** (cf. Informations pour l'objectif 6) est le nombre d'utilisations du service de santé dans l'année divisé par la population de référence.

$$\text{Fréquence d'utilisation} = \frac{\text{Nombre d'utilisations dans l'année}}{\text{Population de référence}}$$

La population de référence est celle de l'aire d'attraction* de la formation sanitaire, qui peut être d'ailleurs différente de la population de son aire de responsabilité (son aire administrative). Le nombre d'utilisations intègre les anciens et les nouveaux cas dans la mesure où chaque utilisation doit être prise en compte dans le calcul de la prime pure.

Le comité de pilotage peut ensuite remplir la deuxième colonne du tableau stratégique en indiquant pour chaque objectif les informations qu'il a choisi de collecter.

Exemple de remplissage du tableau stratégique

Objectifs	Informations	Sources
Connaître le contexte	<ul style="list-style-type: none"> ● Infos démographiques ● Infos politiques ● Infos économiques ● Infos sur l'offre de soins... 	
Préparer le choix des services de santé à couvrir	<ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Services prioritaires sur le plan des besoins sanitaires (réels/ressentis)... 	
...	...	

Troisième colonne: Les sources d'information disponibles et utiles

Pour chaque information, le comité de pilotage peut identifier une ou plusieurs sources d'information.

Exemples: Les informations sur les organisations de la société civile existantes peuvent être obtenues à partir d'études socio-économiques réalisées par d'autres organismes ou à partir d'entretiens avec les autorités locales.

Les informations sur les besoins des ménages en termes de couverture peuvent être obtenues à partir d'études sanitaires (besoins réels) et/ou à partir d'enquêtes auprès des ménages (besoins ressentis et exprimés).

Exemple: Les informations permettant de calculer les données entrant dans le calcul de la cotisation (objectif 6) peuvent être collectées à partir de diverses sources: les enquêtes ménages, les formations sanitaires (registres, rapports d'activité, statistiques), le suivi d'un échantillon de patients, les données de gestion d'autres systèmes de micro-assurance santé implantés dans la zone et s'adressant à des populations cibles similaires à celle du système.

L'utilisation de plusieurs sources, lorsqu'elles existent, pour collecter une même information est certes plus fiable mais risque de rendre la collecte longue et coûteuse. Il est donc important d'effectuer un tri pour ne conserver que les sources indispensables, les plus fiables et pour lesquelles la collecte est la plus simple à organiser.

Pour identifier les sources d'information utiles, se reporter à:

► **3.1 – Listes des informations à collecter par objectif**, tome 2, chapitre 3, page 33.

Le comité de pilotage peut ensuite remplir la troisième colonne du tableau stratégique en indiquant pour chaque information les sources d'information qu'il a choisi d'utiliser.

Exemple de remplissage du tableau stratégique

Objectifs	Informations	Sources
Connaître le contexte	<ul style="list-style-type: none"> ● Infos démographiques ● Infos politiques ● Infos économiques ● Infos sur l'offre de soins ... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales ...
Préparer le choix des services de santé à couvrir	<ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Services prioritaires sur le plan des besoins sanitaires (réels/ressentis) ... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilles de tarifs des formations sanitaires ● Entretiens avec le personnel de santé ● Enquêtes ménages...
...

Action 2: Remplir le tableau de mise en œuvre

Le tableau de mise en œuvre est élaboré à partir du tableau stratégique dont il reprend le contenu – c'est-à-dire les objectifs, les informations à collecter et les sources d'information à utiliser – en les ordonnant différemment: les sources d'information choisies sont indiquées dans la première colonne, les informations à collecter auprès de chaque source sont indiquées dans la deuxième colonne, l'utilité de chaque information (c'est-à-dire l'objectif poursuivi) est indiquée dans la troisième colonne.

Exemple de remplissage du tableau de mise en œuvre

Sources	Informations	Utilité/Objectifs
Entretien avec autorités locales	<ul style="list-style-type: none"> Infos économiques, politiques, aspects sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Connaître le contexte
Grilles de tarifs des formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> Panorama des services de santé Tarifs officiels 	<ul style="list-style-type: none"> Préparer le choix des services de santé à couvrir Préparer les négociations tarifaires avec les prestataires de soins
...

Le tableau de mise en œuvre permet de regrouper les informations par source. Une source d'information permet le plus souvent de collecter plusieurs informations.

Exemples: Les études socio-économiques permettent de recueillir des informations démographiques, des informations économiques et des informations sur le dynamisme communautaire.

Les entretiens avec les autorités locales permettent de collecter des informations économiques, des informations sanitaires sur les principales pandémies ou les problèmes d'accès aux soins, des informations sur le dynamisme communautaire.

Ce regroupement facilite ensuite la réalisation des supports de collecte et la collecte elle-même. La réalisation des supports de collecte est présentée plus en détail à l'«Etape 2: Construire les supports de collecte de l'information» ci-après.

Le tableau de mise en œuvre permet aussi de regrouper les objectifs poursuivis pour chaque information. Chaque information peut en effet être utile pour réaliser un ou plusieurs objectifs.

Exemple: Connaître la taille de la population de l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire permet de calculer le taux de fréquentation de celle-ci et contribue à deux objectifs: 1) préparer le choix des prestataires de soins partenaires (objectif 3); 2) calculer la fréquence d'utilisation des services de santé qui peut être utilisée pour le calcul des cotisations (objectif 6).

Garder en mémoire l'utilité de chaque information collectée facilite l'analyse des résultats de la collecte. Cette analyse est décrite plus en détail à l'«Etape 4: Transformer les données collectées en données exploitables».

Étape 2: Construire les supports de collecte de l'information

Avant de commencer la collecte des données, il convient de préparer des supports de collecte. Ces supports comprennent notamment des grilles de saisie, des formulaires d'entretien et des questionnaires d'enquête.

Les grilles de saisie peuvent être utilisées pour collecter des informations à partir des sources documentaires: recensement, carte sanitaire, études socio-économiques, études sur la situation sanitaire, cadre politique (textes de lois, décrets, codes*), grilles des tarifs des formations sanitaires, registres et rapports d'activité des formations sanitaires, statistiques des formations sanitaires, monitoring*, données comptables des formations sanitaires, etc. Elles comportent en général deux colonnes avec dans celle de gauche le libellé de l'information recherchée et dans celle de droite l'information obtenue.

Les formulaires d'entretien peuvent être utilisés pour collecter des informations auprès du personnel de santé et des responsables des formations sanitaires, auprès des autorités sanitaires, des autorités locales, des responsables d'organisations de la société civile, des transporteurs, des responsables de programmes de prévention. Ils comportent des questions souvent ouvertes qui permettent à la personne interrogée de donner son point de vue et d'illustrer son propos par des exemples. Les réponses données au cours des entretiens sont principalement qualitatives.

Les questionnaires d'enquête servent à conduire les enquêtes auprès des ménages et des patients. Ils doivent, dans la mesure du possible, comporter des questions dites fermées comme des questions à choix multiples avec des cases à cocher, qui obligent la personne interrogée à donner des réponses précises. Cela permet par la suite d'exploiter les réponses à des fins quantitatives: il est possible de calculer des moyennes, des pourcentages, etc.

Support	Utilité	Caractéristiques
Grilles de saisie	<ul style="list-style-type: none"> ● Collecter des informations à partir des «sources documentaires» ● Effectuer le suivi d'un échantillon de patients 	Les grilles comportent souvent deux colonnes avec dans la colonne de gauche, le libellé de l'information et dans celle de droite, l'information obtenue
Formulaires d'entretien	Collecter des informations qualitatives auprès de personnes physiques	Les formulaires d'entretien comportent des questions souvent ouvertes
Questionnaires d'enquête	Conduire les enquêtes auprès des ménages et des patients	Les questionnaires d'enquête comportent dans la mesure du possible des questions dites fermées

Pour construire les supports de collecte, le comité de pilotage peut s'appuyer sur le tableau de mise en œuvre élaboré lors de l'étape 1. En effet, celui-ci recense, pour chaque source, les informations qu'il est utile de rechercher.

Premier cas: Le support de collecte est une grille de saisie

La grille peut comprendre deux colonnes. Dans la colonne de gauche le comité de pilotage indique les informations recherchées. La colonne de droite permettra d'inscrire les valeurs trouvées.

Exemple de grille de saisie «recensement»

Information recherchée	Valeur
Population nationale	
Population région d'intervention	
Population préfecture	
Population commune urbaine	
...	...

Deuxième cas: Le support de collecte est un formulaire d'entretien ou un questionnaire d'enquête

Chaque question doit permettre de collecter une ou plusieurs des informations listées dans le tableau de mise en œuvre.

Exemple de formulaire d'entretien «autorités sanitaires»

1.	Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans la région?
2.	Y a-t-il des périodes de l'année plus difficiles que d'autres sur le plan sanitaire?
3.	etc.

Pour des exemples de supports de collecte (grilles de saisie, formulaires d'entretien et questionnaires d'enquête) se reporter à:

► **3.2 – Exemples de supports de collecte de l'information**, tome 2, chapitre 3, page 56.

Étape 3: Préparer et effectuer la collecte

Préparer la collecte

Tester les supports de collecte

Les formulaires d'entretien et les questionnaires d'enquête doivent être testés sur un échantillon restreint de personnes afin de vérifier que les questions sont compréhensibles et qu'elles permettent effectivement de collecter les informations recherchées.

Définir l'échantillon de la population à enquêter

Les enquêtes auprès de la population cible (ménages, patients) et le suivi d'un échantillon de patients doivent être effectués auprès d'échantillons représentatifs* de la population cible. Un échantillon est représentatif lorsqu'il a la même structure que la population totale: mêmes proportions d'hommes, de femmes, de jeunes, de personnes âgées, d'actifs, d'inactifs, etc. L'échantillon représentatif doit en outre respecter une taille minimale qui dépend de la taille de la population cible et de son homogénéité. Dans la pratique, les enquêtes ménages sont le plus souvent conduites auprès de 350 chefs de famille.

Pour des exemples de taille minimale d'échantillons, se reporter à:

► **3.3 – Taille de l'échantillon pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages**, tome 2, chapitre 3, page 71.



Important. Il est nécessaire d'interroger, dans le cadre des enquêtes auprès des ménages et des patients, une proportion élevée de femmes. L'expérience montre par exemple que les enquêtes ménages consistent souvent à interroger le «chef» de famille, c'est-à-dire le plus souvent un homme (certes, celui-ci s'exprime au nom des membres de sa famille). Or les femmes jouent un rôle prépondérant dans les questions relatives à la santé qu'il s'agisse de la santé reproductive, de celle de la famille ou des soins de maternité. Elles ont par exemple une connaissance précise des maladies infantiles et des besoins de protection de leurs enfants. Elles ont par ailleurs, en tant que femmes, des besoins particuliers en matière de santé et de protection sociale qui peuvent ne pas être connus des hommes ni ressentis comme prioritaires par ceux-ci.

Si en dépit des précautions prises, il apparaît, lors du dépouillement des résultats, que la proportion de femmes interrogées est trop faible, il est toujours possible d'organiser une enquête complémentaire auprès d'un public exclusivement féminin.

Répartir les tâches, recruter et former les enquêteurs

Suivant les cas, le comité de pilotage peut prendre en charge toute la collecte ou faire appel à des ressources extérieures. Généralement les membres du comité de pilotage réalisent eux-mêmes la collecte des données à partir de la documentation existante: études, recensements, carte sanitaire, monitoring, etc. Ils effectuent aussi la collecte des données auprès des autorités locales, des autorités sanitaires, des formations sanitaires et des systèmes de micro-assurance santé préexistants.

Ils font souvent appel à des enquêteurs pour la conduite des enquêtes auprès de la population cible. Ces enquêteurs doivent au préalable recevoir des indications sur la manière de conduire les enquêtes et des explications sur le contenu des questions et les types de réponses attendues.

Pour le suivi d'un échantillon de patients, les membres du comité de pilotage peuvent mettre à contribution le personnel de santé des formations sanitaires concernées qui remplira lui-même les grilles de saisie.

Effectuer la collecte

Suivre l'avancement de la collecte des données

Il est important de vérifier que la collecte des données est effectuée conformément à la programmation initialement prévue et que la structure de la population enquêtée en termes de localisation géographique, de catégorie socioprofessionnelle, de genre, d'âge, etc. est conforme à la structure prédéfinie. En cas de décalage, des réajustements peuvent être effectués au cours de la collecte: révision des objectifs de collecte, recrutement d'enquêteurs supplémentaires, priorité donnée à certains groupes de population sous-représentés dans la population déjà enquêtée, etc.

Saisir les données brutes et contrôler la saisie

Au cours de la collecte, il est conseillé de dépouiller les formulaires et questionnaires régulièrement (chaque soir par exemple) et d'effectuer au fur et à mesure la saisie des données dans un outil informatique permettant de faciliter leur exploitation (tableur par exemple).

Etape 4: Transformer les données collectées en données exploitables

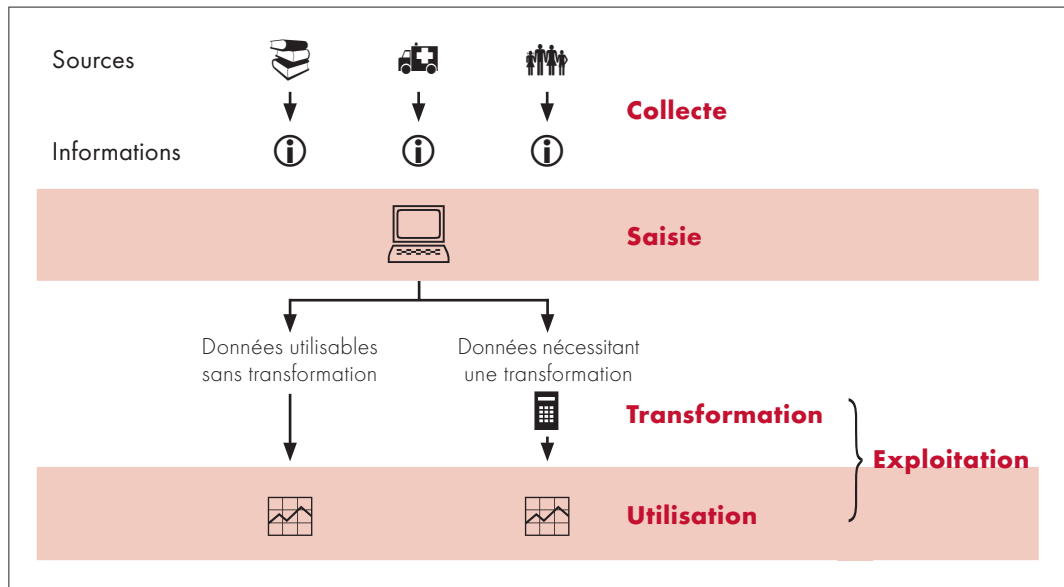
Parmi les données collectées, certaines sont directement exploitables: elles permettent d'atteindre un ou plusieurs objectifs sans traitement particulier.

Exemple: Les informations démographiques participent, sans traitement particulier, à une meilleure connaissance du contexte (objectif 1).

D'autres données doivent être transformées avant de pouvoir être utilisées pour l'objectif visé. La transformation consiste à calculer, à partir des données brutes, un indicateur.

Exemple: La taille de la population de l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire est collectée dans le but de «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires» (objectif 3). Pour être exploitable cette information doit être transformée. Elle sert à calculer le taux de fréquentation qui est ensuite utilisé comme critère de choix des formations sanitaires.

L'exploitation consiste donc à transformer si nécessaire les données collectées en données exploitables et à les utiliser pour atteindre chaque objectif.



Pour des exemples de transformation des données collectées et des exemples d'utilisation, se reporter à:

► **3.4 – Exemples de transformation des données collectées en données exploitables**, tome 2, chapitre 3, page 71.

4. Phase de définition du système de micro-assurance santé

Introduction

Objectif de la phase de définition du système

La phase de définition consiste à concevoir, sur la base des informations collectées, le système de micro-assurance santé qui sera ensuite mis en place.

Il s'agit d'effectuer le choix des services à couvrir, des prestataires de soins partenaires, du (ou des) couple(s) prestations/cotisations. Il s'agit également de veiller à ce que le système envisagé soit viable sur les plans financier, social, institutionnel et technique, et qu'il offre des réponses adaptées aux problèmes identifiés en matière d'accès aux soins et d'utilisation des services de santé.

QUELQUES CONSEILS POUR DÉFINIR LE SYSTÈME

Pour définir un système viable et répondant aux besoins des adhérents, on peut suivre les conseils suivants:

Conseil n° 1: Tenir compte du contexte

La prise en compte du contexte doit être effectuée aux différents stades de l'élaboration du système de micro-assurance santé: au moment du choix de l'organisation du système, de la définition de ses règles de fonctionnement, du choix des services à couvrir, de la sélection des prestataires de soins partenaires, etc.

Conseil n° 2: Impliquer les principaux partenaires

La prise en compte des besoins de la population cible d'une part et des intérêts des prestataires de soins d'autre part est essentielle pour garantir le bon fonctionnement du système, son développement et sa viabilité.

La participation d'autres acteurs comme les autorités locales, les responsables de l'administration sanitaire, les responsables d'organisations de la société civile, les représentants d'organisations d'employeurs et de travailleurs, peut aussi s'avérer utile notamment pour favoriser des partenariats entre ces organisations et le système de micro-assurance santé.

Conseil n° 3: Procéder avec méthode

La conception d'un système de micro-assurance santé est une opération délicate: un ensemble de choix doivent être effectués, des négociations doivent être menées, des mécanismes doivent être inventés, des cotisations doivent être calculées, etc. Afin de ne pas omettre certains éléments nécessaires au bon fonctionnement du système, il est important de procéder de manière méthodique et rigoureuse.

Conseil n° 4: Faire appel à des compétences externes lorsqu'elles ne sont pas disponibles au sein du comité de pilotage

La conception du système de micro-assurance santé demande des connaissances techniques particulières: pour concevoir des garanties* adaptées aux besoins des adhérents, pour effectuer différentes simulations tarifaires lors du choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations, pour concevoir des règles de fonctionnement à la fois simples et efficaces, pour veiller à ce que les risques liés à l'assurance soient contrôlés dans le cadre du système envisagé. Il s'agit des risques de sélection adverse*, du risque moral* et de surprescription*, des fraudes et abus, de l'occurrence de cas catastrophiques.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose d'organiser la définition du système en plusieurs étapes, chaque étape correspondant à un choix utile pour la définition du système:

- choisir ou confirmer le choix de la population cible (étape 1);
- présélectionner les services de santé à couvrir (étape 2);
- choisir les prestataires de soins partenaires (étape 3);
- choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels utiliser un mécanisme de tiers payant (étape 4);
- choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes (étape 5);
- préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins (étape 6);
- définir l'organisation du système (étape 7);
- définir les modalités de fonctionnement du système (étape 8);
- établir le budget prévisionnel du système de micro-assurance santé (étape 9).

Ce découpage est donné à titre indicatif; dans la pratique, la définition du système est un processus itératif où la même étape peut être répétée plusieurs fois à différents moments et où les décisions prises au cours de certaines étapes peuvent remettre en cause les décisions adoptées auparavant.

Exemple: Le calcul des cotisations et le choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations (étape 5) peut contribuer à modifier la liste des services de santé à couvrir, présélectionnés à l'étape 2. De la même manière, certaines règles de fonctionnement, comme les règles d'adhésion choisies à l'étape 8, peuvent avoir un impact sur le calcul des cotisations (étape 5).

Certaines étapes – comme l'étape 1 qui consiste à choisir la population cible – pourront être conduites par le comité de pilotage uniquement. Pour d'autres étapes, le présent chapitre suggère d'utiliser une démarche participative, dans laquelle le comité de pilotage associe différents acteurs au processus de choix. Il s'agit principalement des représentants de la population cible et, selon les séances, d'autres acteurs concernés par la mise en place du système: les responsables des formations sanitaires, les autorités locales, les responsables d'organisations de la société civile, etc.

Que le mode de prise de décisions soit participatif ou non, il est conseillé d'adopter pour chaque étape la démarche suivante:

- 1.** Effectuer une synthèse des résultats de la collecte: analyse des données collectées, calculs des indicateurs.
- 2.** Préparer les supports permettant de faciliter les choix: tableaux comparatifs, graphiques, etc. Lorsque la méthode de prise de décisions est participative, ces supports doivent permettre de restituer clairement aux personnes concernées les informations nécessaires aux choix (le support peut proposer plusieurs options sur lesquelles ces personnes sont invitées à se prononcer).
- 3.** Effectuer les choix. Lorsque la méthode de prise de décisions est participative, le comité de pilotage organise des groupes de travail avec les personnes participant aux choix et réalise des séances d'animation à cet effet.
- 4.** Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Le chapitre propose une démarche pour chaque étape de la définition du système et décrit les principaux critères de choix. Pour accéder au détail de certaines méthodes de calcul des cotisations ou à des exemples de supports de restitution, consulter les outils proposés dans le tome 2, chapitre 4:

► **Outils utiles:** A chaque étape correspond un ou plusieurs outils dans le tome 2. Ainsi, l'outil n° 4.1 correspond à l'étape 1, l'outil n° 4.2 à l'étape 2, etc.

LES «SÉANCES D'ANIMATION»

L'utilisation d'une démarche participative pour définir le système de micro-assurance santé permet:

1. De poursuivre le processus d'information/éducation/communication initié depuis la phase de préparation de l'étude de faisabilité et consistant dans le cas précis à:
 - restituer les informations issues de la collecte des données et utilisées pour appuyer les choix relatifs à la définition du système;
 - consulter les différentes parties prenantes du futur système – la population cible et les prestataires de soins principalement – en recueillant leurs points de vue;
 - accompagner les acteurs dans la réflexion autour de la définition progressive du système;
 - transmettre des notions relatives au fonctionnement de l'assurance.
2. D'impliquer les différents acteurs dans la définition, et plus tard dans la mise en place du système, ce qui favorisera le bon fonctionnement et développement de ce dernier.

Pour des conseils sur la conduite des séances d'animation consulter:

► **4.0 – Les séances d'animation,** tome 2, chapitre 4, page 120.

Etape 1: Choisir ou confirmer le choix de la population cible

Dans de nombreux cas, le choix de la population cible est déterminé par l'organisation promotrice du système de micro-assurance santé.

Exemple: Si l'organisation promotrice est un syndicat, la population cible comportera en priorité les membres du syndicat et leurs familles. S'il s'agit d'une institution de microfinance, d'une manière analogue, la population cible comportera en premier lieu les clients de l'institution et leurs familles.

Lorsque le système de micro-assurance santé est promu par une structure d'appui qui doit choisir dans quels villages ou avec quelles organisations de la société civile (syndicats, coopératives, etc.) mettre en place le système, le choix prend généralement en compte:

- les besoins des populations cibles, en donnant la priorité à celles dont les besoins de couverture sont les plus importants;
- et la probabilité de succès du projet, en choisissant les implantations où les facteurs de succès du projet sont les plus nombreux.

Des arbitrages sont parfois nécessaires car les implications de ces deux critères de choix peuvent être contradictoires.

Le comité de pilotage peut procéder de la manière suivante:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 2: «Préparer le choix de la population cible.»
2. Préparer un tableau comparatif permettant de faciliter la comparaison entre plusieurs populations cibles «candidates». Pour un exemple de tableau comparatif se reporter à:

► **4.1 – Choix de la population cible**, tome 2, chapitre 4, page 121.

3. Choisir la population cible répondant le mieux aux critères suivants:
 - la qualité objective des formations sanitaires. En effet, il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable;
 - l'accès à la formation sanitaire. L'implantation ou le développement du système de micro-assurance santé pourra être dans un premier temps concentré dans les zones de forte attraction de la formation sanitaire, c'est-à-dire là où les taux de fréquentation sont élevés (critère utilisé lorsque la population cible est définie sur une base géographique);
 - des caractéristiques économiques et sociales favorables. Le niveau d'alphabétisation, le dynamisme économique, une certaine expérience de l'organisation communautaire, l'existence de personnes capables de gérer le système, l'existence de pratiques d'entraide en cas de maladie, etc., sont autant de facteurs de succès d'un projet de micro-assurance santé;
 - le nombre de bénéficiaires potentiels. Il est préférable pour le système de couvrir un nombre important de personnes notamment si la couverture des gros risques est envisagée.

Étape 2: Présélectionner les services de santé à couvrir

Un système de micro-assurance santé ne peut en général couvrir, du moins dans les premières années de son existence, l'ensemble des services de santé. Cette étape consiste à identifier et présélectionner les services de santé à couvrir par le futur système de micro-assurance santé. La couverture de certains de ces services pourra être remise en cause si les niveaux de cotisation correspondants excèdent la disposition à payer de la population cible (étape 5).

Pour effectuer la présélection des services de santé à couvrir, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 4: «Préparer le choix des services de santé à couvrir.»
2. Préparer des supports de restitution et de décision qui seront utilisés au cours des groupes de travail.

Exemples de supports de restitution: Un tableau comparatif permettant de hiérarchiser les différents services de santé; les grilles des tarifs des formations sanitaires permettant de comprendre comment sont actuellement facturés ces services.

3. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: présélectionner les services de santé à couvrir;
 - Action 2: définir éventuellement plusieurs formules de couverture et les services inclus pour chacune d'elles;
 - Action 3: prendre en compte le mode de facturation de l'offre de soins.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Présélectionner les services de santé à couvrir

Les services de santé prioritaires peuvent être des services curatifs, des soins obstétricaux et des soins préventifs.

Remarque: Un système de micro-assurance santé a tout intérêt à couvrir les soins préventifs afin de limiter la survenue des cas de maladie; ainsi, la prise en charge des consultations prénatales vise à prévenir les accouchements dystociques.

Ils peuvent comprendre également l'évacuation des malades d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire, ou l'achat de petit matériel comme les perfusions, gants, seringues demandé par le personnel de santé en cas d'hospitalisation ou d'accouchement.

Pour la liste des services de santé habituellement couverts par les systèmes de micro-assurance santé et une définition des petits et des gros risques, se reporter à:

► **4.2 – Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture,** § *Liste des services de santé habituellement couverts* et § *La couverture des gros et des petits risques*, tome 2, chapitre 4, pages 122 et 124.

La présélection des services de santé à couvrir peut s'effectuer sur des critères de priorité. Ces critères peuvent varier selon les types d'organisations. Les organisations de la société civile ou leurs structures d'appui privilégient souvent les services répondant aux réels besoins sanitaires des ménages et dont l'utilisation peut poser des problèmes financiers. Les prestataires de soins privilégient souvent les services qui posent le plus de problèmes de recouvrement ou de financement. D'une manière générale, les principaux critères de priorité utilisés sont les suivants:

- les besoins sanitaires «réels» de la population. Les services prioritaires sont ceux qui permettent de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité. A ce titre des services de prévention et d'éducation à l'hygiène peuvent avoir un impact important sur la santé de la population tout en étant peu coûteux;
- les besoins sanitaires «ressentis et exprimés» par la population. Il s'agit des services que la population souhaite en priorité voir couvrir par le système;
- les difficultés financières associées à la consommation de ces services. Une priorité est à donner aux services qui posent réellement des problèmes d'accessibilité financière. Certains services peuvent à l'inverse être sortis du panier des services couverts: il s'agit des services qui constituent un risque financier minime pour une forte proportion de la population;

- les problèmes de recouvrement et de financement (dans le cas des prestataires). Les services prioritaires sont ceux présentant les plus forts taux d'impayés ou ceux dont l'utilisation est insuffisante (problème d'amortissement des équipements).

Pour un exemple de tableau comparatif des services de santé au regard de ces différents critères, se reporter à :

► **4.2 – Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture**, § Exemple de tableau comparatif des services de santé, tome 2, chapitre 4, page 125.

Action 2: Définir éventuellement plusieurs formules de couverture et les services inclus pour chacune d'elles

L'analyse des besoins peut faire apparaître qu'au sein de la population cible :

- certains services de santé sont considérés comme prioritaires par toute la population;
- d'autres services sont considérés comme importants mais non prioritaires;
- d'autres enfin sont considérés comme prioritaires par certains sous-groupes de population seulement.

Exemple: La population d'un village éloigné de l'hôpital peut considérer comme prioritaire le service d'évacuation des malades vers cet hôpital, alors que ce service n'est pas ressenti comme nécessaire par les populations habitant à proximité de l'hôpital.

La mise en évidence de telles spécificités est effectuée en croisant les réponses aux questions sur les besoins ressentis et exprimés de la population cible, avec les caractéristiques des personnes interrogées: âge, sexe, lieu d'habitation, profession.

Cette situation peut conduire à proposer plusieurs types de couverture.

Exemple: Une formule «de base» comportant les services prioritaires et une formule «étendue» comportant les services prioritaires + les services importants mais non indispensables. On peut aussi proposer des garanties optionnelles que choisiront seulement les groupes de population qui jugent ces services indispensables.

Action 3: Prendre en compte le mode de facturation de l'offre de soins

Suivant le cas, les garanties proposées peuvent porter sur :

- des actes* clairement séparés;
- des regroupements d'actes;

Exemple: Le service «Hospitalisation médicale» comprend le forfait journalier, les consultations et examens divers pratiqués au cours de l'hospitalisation.

- des épisodes de maladies ou de maternité.

Exemple: La prise en charge des cas de paludisme comprend les dépenses de santé liées aux épisodes de paludisme quels que soient les services de santé utilisés pour se faire soigner.

Il s'agit de vérifier que la présélection des services couverts est compatible avec le découpage utilisé par les formations sanitaires pour la facturation des services de santé.

Si les formations sanitaires facturent aux patients un tarif pour chaque acte, le système peut couvrir soit chaque acte séparément, soit des regroupements d'actes, soit des épisodes de maladie.

Si les formations sanitaires facturent un tarif pour un regroupement d'actes ou un forfait par épisode de maladie, le système ne peut prendre en charge séparément chaque acte. Il doit se conformer au découpage en vigueur ou envisager un découpage plus global.

Pour connaître le mode de facturation en vigueur dans les formations sanitaires, le comité de pilotage peut se baser sur les grilles de tarifs des formations sanitaires collectées dans le cadre de l'objectif 4: «Préparer le choix des services de santé à couvrir.»

Pour un exemple de formule de couverture, se reporter à:

► **4.2 – Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture**, § *Exemple de formules de couverture*, tome 2, chapitre 4, page 126.

Etape 3: Choisir les prestataires de soins partenaires

Cette étape consiste à identifier et à sélectionner les prestataires de soins dont les services de santé seront couverts par le futur système de micro-assurance santé.

Il peut s'agir de prestataires avec lesquels le système souhaite passer:

- un accord sur les prix;
- un accord sur les procédures d'accueil des assurés ou sur les protocoles thérapeutiques*;
- un accord sur les modes de paiement: paiement à l'acte* ou paiement forfaitaire;
- et/ou un accord de tiers payant.

Il peut s'agir aussi de prestataires avec lesquels le système ne passe pas d'accord particulier mais dont les services seront couverts par le système. L'identification préalable des formations sanitaires dont les services sont pris en charge à l'exclusion de toutes les autres permet d'éviter une escalade des coûts dans le cas où les assurés iraient en priorité chez les prestataires de soins les plus chers.

Pour le choix des prestataires de soins partenaires, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 3: «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires.»

2. Préparer des supports de restitution et de décision qui seront utilisés au cours des groupes de travail: une carte de la (ou des) zone(s) d'implantation du système, un tableau comparatif des différents prestataires de soins «candidats».
3. Se réunir en groupe de travail pour choisir les prestataires de soins dont les services de santé seront couverts par le système.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Choisir les prestataires de soins

Le choix des prestataires de soins s'effectue sur des critères de proximité, de qualité et de coût.

Les critères de proximité

Les prestataires de soins choisis doivent être, dans la mesure du possible, implantés à proximité de la population cible. En particulier, si le système envisage de prendre en charge des services de santé primaires, il est important que les prestataires à cet échelon soient relativement proches des populations.

La répartition géographique des prestataires de soins de chaque niveau de la pyramide sanitaire peut être illustrée sur une carte de la (ou des) zone(s) d'implantation du système. Cette représentation permet d'identifier, pour les différents villages ou quartiers ciblés, les prestataires de soins partenaires. Elle permet aussi de mettre en évidence les zones pour lesquelles aucun prestataire partenaire n'a encore été identifié.

Les critères de qualité et de coût

Le comité de pilotage peut comparer les formations candidates sur la base des critères suivants: la qualité objective des formations sanitaires, la qualité perçue des formations sanitaires, la fréquentation. Dans une situation de concurrence, plus les taux de fréquentation sont élevés, plus les services de santé sont en principe accessibles, de bonne qualité et bien perçus par les usagers.

Pour départager plusieurs prestataires offrant des services de qualité équivalente, le comité de pilotage peut privilégier le prestataire le moins cher.

Souvent l'arbitrage n'est pas aussi simple, et d'autres facteurs entrent en ligne de compte: le caractère public ou privé de la formation sanitaire, la reconnaissance ou non par l'administration sanitaire, la transparence et la rationalité des pratiques des professionnels de santé, la prévention et l'éducation à la santé privilégiées par les professionnels de santé, le bon contact entre les promoteurs du système avec les responsables des formations sanitaires considérées, etc.

L'utilisation d'un tableau comparatif des différents prestataires «candidats» permet de faciliter le processus de choix. Pour un exemple de tableau comparatif se reporter à:

► **4.3 – Choix des prestataires de soins partenaires**, tome 2, chapitre 4, page 127.

Etape 4: Choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels utiliser un mécanisme de tiers payant

Cette étape consiste à décider si l'on souhaite mettre en place un mécanisme de tiers payant; si oui, avec quels prestataires de soins et pour quels services.

Proposer le tiers payant pour tous les services de santé couverts par le système est certes plus commode pour les assurés, mais induit un risque moral pour le système. Il convient donc d'identifier les services pour lesquels le tiers payant est réellement nécessaire.

Le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible et, éventuellement, des représentants des prestataires de soins présélectionnés à l'étape 3. Cette méthode consiste à:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 5: «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant.»
2. Préparer les supports de restitution et de décision qui seront utilisés au cours des groupes de travail: des schémas explicatifs du tiers payant et du paiement direct appelé aussi tiers garanti* ainsi qu'un tableau comparatif indiquant les services pour lesquels le tiers payant semble le plus important.
3. Se réunir en groupe de travail pour choisir les services faisant l'objet du tiers payant, et les prestataires de soins concernés.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Choisir les services faisant l'objet du tiers payant

La sélection des services de santé faisant l'objet du tiers payant peut être effectuée sur la base des critères suivants:

- le coût des services;
- le degré d'urgence ou d'imprévu: ainsi l'hospitalisation d'un blessé accidenté est à la fois imprévue et urgente.

Pour des exemples de schémas explicatifs des différentes modalités de prise en charge (avec ou sans tiers payant) et un exemple de tableau comparatif permettant d'identifier et de sélectionner les services de santé pour lesquels le tiers payant est prioritaire, se reporter à:

► **4.4 – Choix du tiers payant: Pour quels services? Pour quels prestataires de soins?** Tome 2, chapitre 4, page 128.

Étape 5: Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes

Le système de micro-assurance santé peut prendre en charge l'intégralité du coût de chaque service de santé ou en laisser une partie à la charge des adhérents (systèmes de copaiement*). Les systèmes de copaiement ont deux avantages: 1) ils permettent de réduire le montant des cotisations; 2) ils contribuent à limiter le risque moral. Le copaiement peut être cependant durement ressenti par les usagers des systèmes de santé, notamment en période de soudure monétaire. Différents types de copaiement existent: ticket modérateur*, forfait* ou plafond*, limitation en nombre*, franchise* monétaire ou en nombre. Pour une présentation des différents copaiements, se reporter à:

► **4.5.1 – Liste des copaiements**, tome 2, chapitre 4, page 129.

Par ailleurs, le système de micro-assurance santé peut proposer: 1) une formule de couverture unique et commune à tous les adhérents; 2) plusieurs formules au choix: formule de base, formule étendue, garanties optionnelles, etc.

Les services de santé à couvrir dans le cadre de chaque formule ont été présélectionnés à l'étape 2. La présente étape consiste à définir, pour chaque formule de couverture si le système en prévoit plusieurs, les niveaux de prise en charge de ces services et le cas échéant les types et niveaux de copaiement.

Plus les niveaux de prise en charge sont élevés, plus élevée est la cotisation. Même si au départ on envisage de couvrir un certain nombre de services de santé à des niveaux importants (80%, 100% des dépenses), on est souvent contraint de revoir à la baisse cette première couverture compte tenu du montant des cotisations qu'elle implique.

Une formule de couverture comprend un ensemble de services de santé à couvrir et pour chacun d'eux un niveau de prise en charge. On définit une première formule et on calcule la

CALCUL DES COTISATIONS, MODE DE FACTURATION ET MODE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge et le calcul des cotisations correspondantes sont liés à la manière dont les prestataires de soins facturent habituellement les services de santé à leurs patients. Par exemple, si le prestataire facture chaque acte de manière distincte, les données collectées sur la quantité de services consommés ou sur les coûts unitaires concerneront des actes; par conséquent, il sera possible de calculer la prime pure (voir définition plus loin) correspondant à chaque acte. Si le prestataire facture un forfait par épisode de maladie quels que soient les soins effectués ou les médicaments consommés, les données collectées suivront ce découpage; par conséquent, il sera difficile de calculer une prime pure par acte.

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge et le calcul des cotisations correspondantes sont également liés au mode de paiement envisagé pour les prestataires: si l'on envisage un paiement à l'acte, il est impératif de calculer les cotisations pour chaque acte. Lorsque le mode de paiement n'a pas été choisi à ce stade, il vaut mieux effectuer les calculs de cotisations par acte, ce qui permet ensuite d'envisager tous les modes de paiement possibles: regroupement d'actes, épisode de maladie, capitation, etc. Le choix du mode de paiement est traité dans l'étape 6: préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins.

cotisation correspondante. Si le montant de cotisation est trop élevé au regard de la disposition à payer de la population cible, on modifie cette première formule en diminuant les niveaux de prise en charge des services, ou en retirant certains services de la formule de couverture. Un arbitrage entre les prestations (services à couvrir et niveaux de prise en charge) et le montant des cotisations à payer est effectué, jusqu'à ce qu'un couple prestations/cotisations acceptable soit trouvé.

Pour choisir les niveaux de prise en charge et calculer les cotisations correspondantes, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à :

1. Effectuer la synthèse des données collectées:
 - dans le cadre de l'objectif 6: «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible.» Il s'agit de calculer à l'avance pour chaque service couvert, les indicateurs entrant dans le calcul de la prime pure: la probabilité d'utiliser le service, la quantité moyenne prise en charge, le coût unitaire moyen du service et/ou la fréquence d'utilisation du service;
 - ou dans le cadre de l'objectif 7: «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires.» Il s'agit de calculer à l'avance les coûts prévisionnels de fonctionnement de la formation sanitaire rapportés à chaque individu.
2. Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 8: «Evaluer la disposition à payer de la population cible.» La prise en compte de la disposition à payer dans le choix du niveau et de la périodicité des cotisations conditionne en effet le succès du système en termes d'adhésion et de recouvrement des cotisations.
3. Préparer les grilles de calcul des cotisations qui seront utilisées au cours des groupes de travail; pour un exemple de grille de calcul se reporter à :

► **4.5.5 – Exemple de grille de calcul des cotisations**, tome 2, chapitre 4, page 151.

4. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: définir des scénarios. Il s'agit de proposer différentes possibilités de couverture. Il est préférable, à ce stade, de bâtir les scénarios avec les acteurs et non de leur proposer un choix limité de scénarios préétablis.
 - Action 2: calculer les montants des cotisations pour différents scénarios. Cette étape suppose que les membres du comité de pilotage maîtrisent les bases du calcul des cotisations. Ils peuvent si nécessaire faire appel à un appui technique extérieur.
 - Action 3: prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible.
 - Action 4: choisir quelques scénarios, c'est-à-dire plusieurs couples prestations/cotisations répondant à différents critères.
5. Effectuer la synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Cette étape est parfois longue. Mais le temps que l'on y consacre s'avère être un bon investissement car l'une des principales raisons des échecs de nombreuses expériences actuelles résulte de mauvais choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations.

Action 1: Définir des scénarios

Le premier scénario comporte en général:

- les services présélectionnés à l'«étape 2: présélectionner les services de santé à couvrir»;
- une ou plusieurs formules de couverture: par exemple une formule de base comportant les services jugés prioritaires par une grande majorité de la population et une formule «étendue» comportant en plus des services non prioritaires;
- un niveau de prise en charge élevé pour chaque service (80% ou 100% des dépenses engagées).

Si après calcul (voir action 2 ci-dessous), le montant de cotisation semble élevé, un deuxième scénario pourra être défini:

- en réduisant le nombre de services à couvrir;
- en réduisant les niveaux de prise en charge: introduction de copaiements comme des tickets modérateurs, des franchises, des forfaits et plafonds.

Action 2: Calculer les montants de cotisation pour les différents scénarios

Le calcul des cotisations peut être effectué de deux manières:

- à partir des dépenses de santé de la population cible, c'est-à-dire à partir des informations collectées dans le cadre de l'objectif 6;
- à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires, c'est-à-dire à partir des informations collectées dans le cadre de l'objectif 7.

Sur le choix entre les deux méthodes se reporter à:

► **Etape 1: Définir la démarche de la collecte, Action 1: Remplir le tableau stratégique**, § *Opter pour l'objectif 6 ou l'objectif 7?*, tome 1, chapitre 3, page 34.

Il n'est traité ici que la première méthode. Pour le détail de la deuxième méthode se reporter à:

► **4.5.2 b) – Calcul de la prime pure à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires**, tome 2, chapitre 4, page 145.

et au cas pratique proposé dans:

► **3.4.7 – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 7**, tome 2, chapitre 3, page 107.

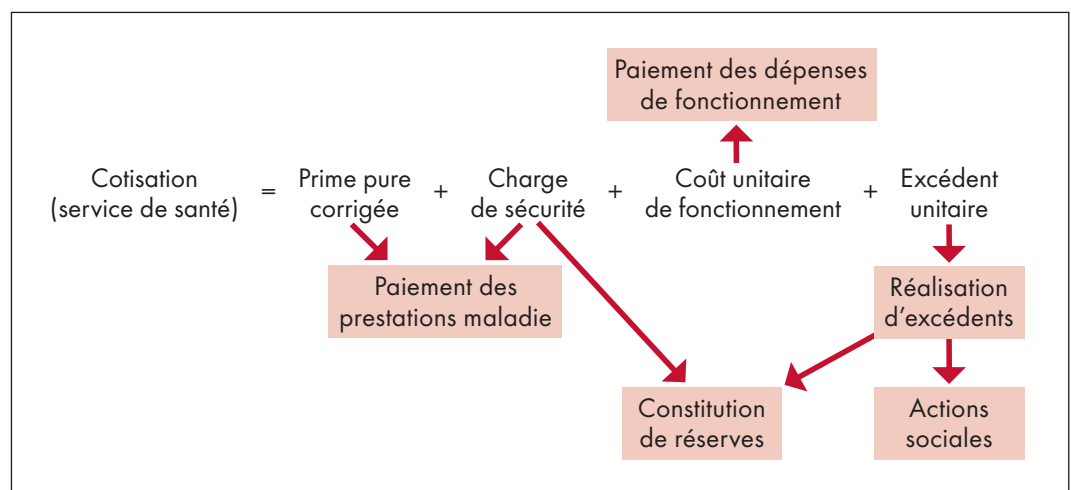
La cotisation constitue la principale recette d'un système de micro-assurance santé. Elle doit permettre de: 1) financer la prise en charge des services couverts par le système; 2) financer les coûts de fonctionnement du système; 3) réaliser des excédents* afin de constituer des réserves financières et assurer la pérennité du système.

La cotisation est calculée sur une base annuelle.

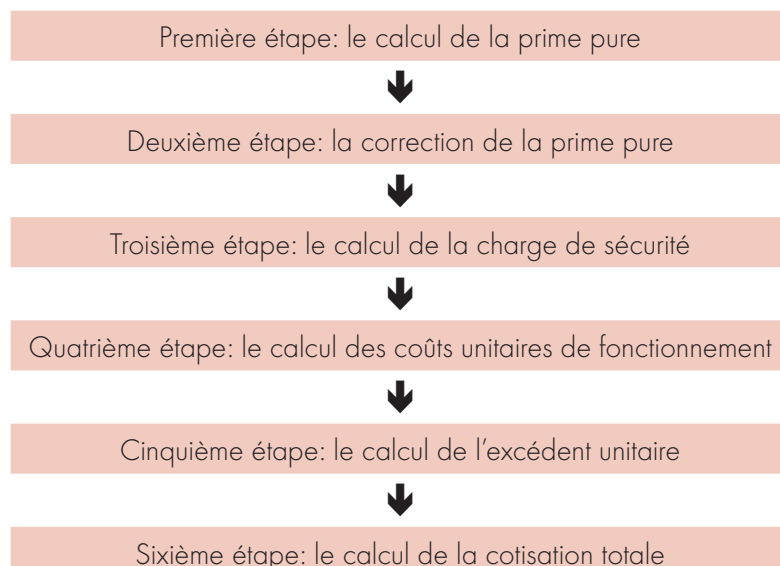
Remarque: Lorsque ces réserves sont suffisantes, une partie des excédents peut être utilisée pour accroître les niveaux de prise en charge ou couvrir de nouveaux services de santé à cotisation constante, ou réduire les cotisations, ou financer des actions (œuvres sociales) en faveur des bénéficiaires.

Pour calculer la cotisation individuelle totale, c'est-à-dire celle correspondant à un individu, on doit d'abord calculer la cotisation individuelle correspondant à chaque service couvert. Ensuite on additionne les cotisations par service et on obtient la cotisation totale d'un individu. La cotisation individuelle totale est donc égale à la somme des cotisations calculées pour chaque service de santé. La cotisation individuelle correspondant à un service de santé, est égale à la somme de plusieurs éléments:

- la prime pure corrigée;
- la charge de sécurité;
- les coûts unitaires de fonctionnement;
- l'excédent unitaire.



Le calcul de la cotisation peut être effectué en **6 étapes** :



Première étape: Le calcul de la prime pure

La prime pure correspond au coût moyen de la prise en charge pour chaque service couvert. C'est la dépense moyenne à prendre en charge par personne couverte.

Il existe deux formules de calcul de la prime pure: la formule générale et la formule simplifiée qui est un cas particulier de la formule générale. Ces formules sont les suivantes:

Formule générale	Cas particulier de la formule générale
Prime pure (pour un service de santé) = Probabilité d'utiliser ce service × Quantité moyenne prise en charge × Coût unitaire moyen	Prime pure (pour un service de santé) = Fréquence d'utilisation de ce service × Coût unitaire moyen

N.B. Dans le cas particulier de la formule générale, les notions de probabilité et de quantité moyenne prise en charge sont regroupées sous la notion de fréquence.

Les avantages comparatifs des deux formules sont expliqués dans:

► **3.1.6 – Listes des informations à collecter pour l'objectif 6**, tome 2, chapitre 3, page 43.

La **probabilité** est la «chance» qu'un individu a d'utiliser le service de santé au moins une fois dans l'année. C'est donc le pourcentage de personnes qui utilisent le service au moins une fois dans l'année.

Dans la plupart des cas, la **quantité moyenne prise en charge** est égale au nombre moyen d'utilisations du service de santé par les utilisateurs du service. Pour certains niveaux de prise en charge (avec un nombre maximum de recours par personne et par an ou des franchises en nombre), la quantité moyenne prise en charge est inférieure à l'utilisation moyenne.

Exemples de restrictions: Prise en charge de 3 consultations prénatales au maximum par personne et par an; prise en charge de l'hospitalisation à compter du deuxième jour d'hospitalisation, ce qui signifie que le premier jour est à la charge de l'adhérent.

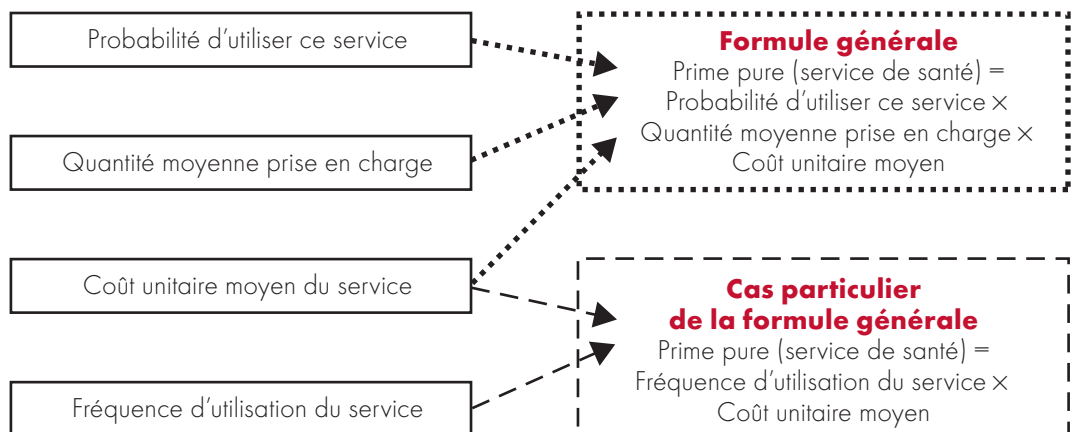
Le **coût unitaire moyen** du service de santé est égal aux dépenses moyennes engagées par un individu pour ce service si le niveau de prise en charge est de 100%. Dans tous les autres cas, ce coût est inférieur aux dépenses moyennes engagées (ticket modérateur, forfait, franchise monétaire).

La **fréquence d'utilisation** est le nombre de fois où le service de santé est consommé, en moyenne dans toute la population considérée.

Pour une description des méthodes de calcul de ces différents indicateurs (probabilité, quantité moyenne, coût unitaire moyen, fréquence) se reporter à:

► **4.5.2 a) – Calcul de la prime pure à partir des dépenses de santé de la population cible**, tome 2, chapitre 4, page 131.

Ensuite, il suffit de multiplier entre eux les indicateurs ainsi calculés pour obtenir la prime pure:



Deuxième étape: La correction de la prime pure

A ce stade, le montant calculé doit être corrigé pour tenir compte de facteurs qui ont une influence sur la consommation de soins de santé et donc sur le montant des dépenses: des caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, le lieu d'habitation; l'existence de certains services ou de modalités de paiement comme le tiers payant. Pour les méthodes de correction de la prime pure se reporter à:

► **4.5.3 – Correction de la prime pure**, tome 2, chapitre 4, page 145.

Troisième étape: Le calcul de la charge de sécurité

La charge de sécurité s'ajoute à la prime pure. Elle permet de tenir compte du risque que les dépenses moyennes réelles par bénéficiaire soient supérieures aux prévisions.

Le calcul de la prime pure repose en effet sur des estimations réalisées sur un grand nombre de personnes. Lorsque le nombre de personnes est réduit, il peut se produire statistiquement des écarts importants entre les recours aux soins observés chez les bénéficiaires et ceux observés dans la population dans son ensemble. De par la loi des grands nombres, plus le nombre de bénéficiaires est faible, plus ces écarts risquent d'être importants. Le coût réel du risque peut alors être supérieur ou inférieur à celui calculé dans la population totale. La charge de sécurité vise à compenser la perte* pour le système dans le cas où le coût réel du risque est supérieur à la prime pure initialement calculée. La charge de sécurité est calculée de la façon suivante:

Charge de sécurité (pour un service de santé) =

$$\text{Prime pure} \times \text{Coefficient (N, p)}$$

Où N = nombre de bénéficiaires et p = la probabilité de consommer l'acte
Plus N et p sont élevés plus le coefficient diminue et la charge de sécurité est faible

Pour la grille des valeurs du coefficient (N, p) en fonction de celles de N (taille de la population) et de p (probabilité), se reporter à:

► **4.5.4 – Calcul de la charge de sécurité**, tome 2, chapitre 4, page 149.

Quatrième étape: Le calcul des coûts unitaires de fonctionnement

Cet élément de la cotisation correspond aux coûts de fonctionnement du système de micro-assurance santé rapportés à chaque individu.

Il peut être fixé en première approximation à $\pm 10\%$ de la somme prime pure corrigée + charge de sécurité. Au moment de l'élaboration du budget prévisionnel du système de micro-assurance santé (voir plus loin, étape 9), on peut ensuite revoir, souvent à la hausse, ce montant. Les coûts unitaires de fonctionnement sont alors calculés en estimant les coûts de fonctionnement totaux puis en les divisant par le nombre prévisionnel de bénéficiaires.

Les années suivantes l'estimation des coûts unitaires de fonctionnement est plus précise car elle repose sur l'observation des coûts de fonctionnement des exercices précédents.

Cinquième étape: Le calcul de l'excédent unitaire

Il est fixé en pourcentage du total des trois éléments précédents et définit le montant unitaire d'excédents à dégager.

Sixième étape: Le calcul de la cotisation totale

La formule de calcul de la cotisation permet d'obtenir la cotisation par individu, par service de santé couvert et par an. Par conséquent:

- si plusieurs services de santé sont couverts, la cotisation individuelle totale est égale à la somme des cotisations calculées par service;
- la cotisation annuelle peut être fractionnée en versements quotidiens, mensuels, trimestriels, etc., en fonction de la périodicité adoptée. Celle-ci doit en effet être adaptée aux caractéristiques des revenus de la population cible;
- la cotisation d'une famille ou d'un groupe de personnes peut être calculée: 1) en multipliant la cotisation individuelle totale par le nombre exact de membres de la famille ou du groupe; 2) en la multipliant par un nombre moyen identique pour toutes les familles ou groupes: dans ce cas les familles importantes sont avantagées. D'autres modes de calcul intermédiaires peuvent être envisagés.

Exemple: Trois niveaux de cotisation: un premier pour les familles de 1 à 3 personnes; un deuxième pour les familles de 4 à 8 personnes; un troisième pour les familles de 9 personnes et plus.

Les différentes étapes du calcul des cotisations sont reprises dans un cas pratique:

► **4.5.6 – Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique)**, tome 2, chapitre 4, page 151.

Action 3: Prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible

L'évaluation du niveau de la disposition à payer de la population cible permet de mettre en évidence un niveau de contribution accessible à une large majorité de la population et/ou mettre en évidence l'existence de plusieurs catégories d'adhérents potentiels avec des niveaux de disposition à payer différents.

Un support de restitution des données collectées sur le niveau de la disposition à payer est proposé dans le tome 2:

► **4.5.7 – Calcul de la disposition à payer**, tome 2, chapitre 4, page 159.

Remarque: Lorsque la capacité contributive* de la population cible ou de certains groupes de cette population comme les indigents est très faible, la recherche de sources de financement complémentaires doit être encouragée. En particulier, s'il existe une garantie légale d'accès à un paquet minimum de services de santé et que la capacité contributive n'est pas suffisante pour couvrir le coût moyen de ce paquet minimum, l'Etat pourrait prendre en charge la différence (subvention des cotisations).

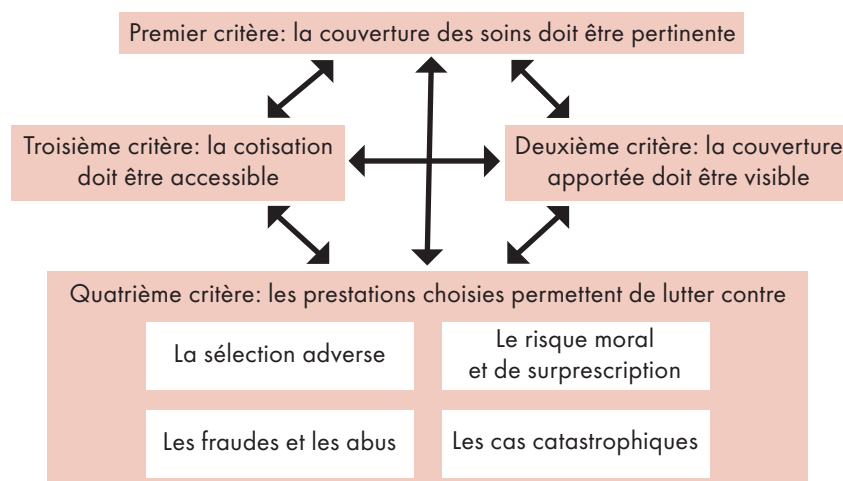
Action 4: Choisir le (ou les) couple(s) prestations/cotisations

Le montant de la cotisation varie sensiblement en fonction des services de santé couverts et du niveau de prise en charge. La couverture de toutes les dépenses de santé des bénéficiaires serait peu réaliste car elle demanderait une cotisation trop élevée, donc inaccessible aux adhérents potentiels qui ont les revenus les plus faibles. Il est donc nécessaire de réaliser, avec des représentants de la population cible, un arbitrage entre prestations offertes et niveau de cotisation.

Pour réaliser cet arbitrage, les acteurs du système doivent veiller à ce que chacun des scénarios possibles respecte quatre critères ou exigences:

- la couverture des soins doit être pertinente;
- la protection apportée doit être visible;

Les critères de choix du couple prestations/cotisations



- la cotisation doit être accessible.
- le(s) scénario(s) retenu(s) doivent permettre au système de se prémunir contre les risques liés à l'assurance: la sélection adverse, le risque moral, le risque de surprescription, les risques catastrophiques*, les fraudes et les abus.

Le ou les scénarios retenus seront ceux répondant le mieux à tous ces critères.

Premier critère: La couverture des soins doit être pertinente

Les services de santé qui seront couverts doivent effectivement correspondre à des situations de risque perçues par les adhérents. Il s'agit de services de santé dont l'utilisation pose des problèmes financiers aux adhérents soit parce qu'elle est fréquente, soit parce qu'elle est coûteuse. Les services de santé dont l'utilisation est fréquente correspondent aux soins de santé primaires: il s'agit des «petits risques». Les services de santé dont l'utilisation est rare et coûteuse correspondent aux soins de santé secondaires et tertiaires: il s'agit des «gros risques». Les promoteurs d'un système de micro-assurance santé sont fréquemment divisés quant à la pertinence de couvrir l'une et/ou l'autre de ces catégories de risques.

Les petits risques: recours aux soins de santé primaires

Les soins de santé primaires constituent la première porte d'entrée dans le système sanitaire. Leurs coûts sont relativement peu élevés. La couverture des petits risques par un système de micro-assurance santé vise avant tout à favoriser un accès rapide aux soins, afin d'éviter une dégradation de l'état des malades. Cependant, cette couverture se heurte à deux contraintes majeures:

- en raison de la fréquence rapprochée de survenue des petits risques, le montant de cotisation sera élevé. De ce fait, l'accès au système de micro-assurance santé sera difficile pour les familles les plus démunies;
- la couverture des petits risques est particulièrement soumise aux phénomènes de sélection adverse, de risque moral et de surprescription. La viabilité du système de micro-assurance santé en sera fragilisée.

Les gros risques: recours aux soins de santé secondaires et tertiaires

A l'opposé, la couverture des gros risques a pour objectif d'organiser une protection contre les soins les plus coûteux et donc ceux qui posent le plus de difficultés financières aux familles, notamment lors de la survenue de cas graves et urgents. Une couverture des gros risques permet de fixer un niveau de cotisation moins élevé, en dépit du coût unitaire élevé des services de santé, car la fréquence de survenue de ces risques est faible. En revanche, la couverture des gros risques est soumise aux contraintes suivantes:

- la fréquence des hospitalisations et des actes chirurgicaux est peu élevée. Suivant les contextes, on peut estimer que sur 100 personnes, entre 4 et 8 seulement risquent de devoir recourir à des soins de santé secondaires dans l'année. La protection sera alors peu visible d'où un fort risque de démotivation des adhérents;
- si les familles éprouvent des difficultés pour payer les soins de santé primaires, le système de micro-assurance santé ne réglera pas les problèmes de recours tardifs aux soins et d'aggravation de l'état des malades;
- un système de micro-assurance santé qui débute ses activités ou un système de petite taille peut être rapidement mis en situation de crise financière suite à un cas d'hospitalisation très coûteux, si aucune mesure de protection n'a été prise comme le plafonnement des prestations, ou des mécanismes de réassurance* ou de coassurance.

Deuxième critère: La couverture apportée doit être visible

Même s'ils ont compris les principes de solidarité et de prévoyance, les adhérents d'un système de micro-assurance santé doivent pouvoir constater que celui-ci fonctionne, parce que:

- le paiement d'une cotisation régulière impose une certaine contrainte: il faut «sortir de l'argent de sa poche» fréquemment (chaque semaine, chaque mois) ou s'acquitter d'un montant assez important chaque année;
- la cotisation est versée dans un fonds commun et il est fréquent que des organisations locales aient connu dans le passé des problèmes de mauvaise gestion, volontaire ou non. Une méfiance risque de s'instaurer rapidement si les prises en charge sont rares;
- lorsque le système de micro-assurance santé est organisé sous la forme d'une mutuelle de santé*, l'un des principes de base est sa gestion démocratique. Son application nécessite de réunir régulièrement les adhérents. Ces derniers seront cependant peu motivés à participer aux décisions si la mutuelle est peu active, c'est-à-dire si les prises en charge des dépenses de santé sont rares.

Par conséquent, un système de micro-assurance santé qui choisit de ne couvrir que des services de santé utilisés rarement comme les hospitalisations en urgence ou la chirurgie court le danger d'être peu vivant et peu attractif. A l'inverse, un système de micro-assurance santé qui couvre les petits risques sera très actif, donc très visible mais il exigera une cotisation élevée et sera donc sans doute moins accessible.

Troisième critère: La cotisation doit être accessible

La protection qu'un système de micro-assurance santé peut proposer à ses adhérents dépend de ce qu'ils sont prêts à payer (disposition à payer) et de ce qu'ils sont capables de payer (capacité contributive). La disposition à payer dépend à la fois du niveau de revenu des personnes et de leur perception des risques: plus une personne éprouve une aversion* pour les risques, plus sa disposition à payer est élevée. La capacité contributive est le montant maximum que la personne est capable de payer; elle est donc liée aux revenus; elle est toujours supérieure ou égale à la disposition à payer même chez un individu qui éprouve une très grande aversion pour le risque. Dans un contexte de pauvreté, cependant, les niveaux de capacité contributive et de disposition à payer sont tous deux très faibles et tendent à se confondre.

Un montant de cotisation trop élevé s'avérera prohibitif pour une grande majorité d'adhérents. Un système de micro-assurance santé qui rendrait tous les soins de santé, primaires et secondaires, «gratuits» serait par conséquent très attrayant mais économiquement et financièrement peu viable. A l'inverse, plusieurs expériences montrent que les systèmes de micro-assurance santé dont les montants de cotisation sont faibles ont des taux de pénétration de leur population cible plus élevés.

Lors de la sélection des services de santé à couvrir et des niveaux de prise en charge, les acteurs doivent estimer les conséquences d'un choix donné sur le montant des cotisations et vérifier si celles-ci restent abordables pour une large proportion des adhérents potentiels. Si le niveau de cotisation exigé par une couverture d'un ensemble de services à 100% des dépenses engagées est trop élevé on peut retirer certains éléments du panier de services couverts et/ou réduire les niveaux de prise en charge en instaurant des copaiements. Les copaiements permettent de réduire le niveau de cotisation et de lutter efficacement contre le risque moral et le risque de surprescription. En revanche des niveaux de copaiement trop élevés peuvent ne pas régler le problème d'accessibilité des services de santé. Ils ralentissent également la dynamique d'adhésion en raison du caractère peu attractif de la formule de couverture.

Remarque: La recherche de financements complémentaires comme les subventions des cotisations accordées par l'Etat permet au système d'améliorer la couverture des plus démunis qui n'ont pas la possibilité de payer le niveau de cotisation exigé.

Quatrième critère: Le scénario choisi doit permettre au système de se prémunir contre les risques liés à l'assurance

La couverture de soins de santé de base* fréquemment utilisés par les ménages comme les consultations, les médicaments, les analyses de laboratoires, les injections, présente un risque moral et un risque de surprescription élevés qui peuvent contribuer à accroître considérablement les dépenses du système. Les copaiements comme le ticket modérateur, les franchises, etc., permettent de lutter efficacement contre ces risques.

La couverture de soins coûteux et pour une part prévisibles comme les hospitalisations programmées, les équipements d'optique, les traitements de certaines maladies chroniques présente un risque de sélection adverse élevé.

Exemple: Les personnes, qui savent qu'elles doivent effectuer une intervention chirurgicale coûteuse dans les six prochains mois, adhèrent au système de micro-assurance car, à l'issue de la période d'attente, l'intervention sera couverte.

Le système doit donc sélectionner les services à couvrir par l'assurance avec précaution et instaurer éventuellement d'autres mécanismes plus adaptés pour couvrir les dépenses de santé prévisibles (épargne santé) ou chroniques (fonds de solidarité).

La couverture de soins coûteux et imprévisibles comme les hospitalisations non programmées présente un risque élevé de cas «catastrophiques» qui peuvent mettre en péril la santé financière du système. Celui-ci peut se protéger en réduisant le niveau de couverture de ces services.

Exemple de cas catastrophiques et de mesure de précaution: Le système peut se protéger des conséquences financières de l'occurrence d'un nombre plus élevé que prévu d'hospitalisations chirurgicales très coûteuses dès la première année, en limitant le nombre de jours pris en charge par hospitalisation.

Le tableau ci-contre indique sommairement quelques mesures à prendre pour limiter ces risques et leur impact sur le système.

Risques	Mesures ¹
Sélection adverse Comportements opportunistes	<ul style="list-style-type: none"> ● Choisir avec précaution les services de santé à couvrir: éviter les hospitalisations programmées. ● Proposer des niveaux de prise en charge croissants avec le nombre d'années d'affiliation. ● Introduire des limitations de prise en charge (copaiements): limitation du nombre de jours d'hospitalisation pris en charge, plafond de prise en charge pour les interventions chirurgicales ou pour les consultations de spécialistes.
Risque moral Risque de surprescription	<ul style="list-style-type: none"> ● Choisir avec précaution les services de santé à couvrir: éviter de ne prendre en charge que du petit risque, limiter la prise en charge des médicaments aux génériques* ou à une liste de médicaments essentiels*. ● Introduire des limitations de prise en charge (copaiements): franchises, ticket modérateur, limitation en nombre de jours, forfaits ou plafonds.
Catastrophes: épidémies, frais exceptionnellement élevés	<ul style="list-style-type: none"> ● Définir précisément le périmètre d'intervention du système de micro-assurance santé en excluant la prise en charge des soins de santé spécifiques à certaines pathologies lourdes. ● Introduire des limitations de prise en charge (copaiements) et des plafonds annuels de prise en charge par personne. ● Inclure les adhérents et leurs ayants droit dans des programmes de prévention. ● Proposer d'autres modes de financement pour les dépenses de santé programmées (épargne santé) et chroniques (fonds de solidarité). ● Etablir si possible un système de réassurance ou de coassurance.
<p>¹ Les mesures présentées ici ne sont pas exhaustives. En particulier l'influence des modalités d'adhésion n'est pas considérée. Voir à ce sujet l'Etape 8, page 83.</p>	

Tableau récapitulatif: les critères du choix du couple prestations/cotisations

	Soins hospitaliers [*]		Soins de santé de base
	Non programmés	Programmés	
1. Couverture pertinente	Dépend des besoins réels/exprimés par la population		
2. Couverture visible	Non	Non	Oui
3. Cotisation accessible	Oui	Oui	Partiellement
4. Couverture sujette aux risques de l'assurance:			
● risque moral et de surprescriptions	Oui	Non	Non
● sélection adverse et comportements opportunistes	Oui	Non	Partiellement
● catastrophes	Non	Non	Oui

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Etape 7: Définir l'organisation du système

Cette étape consiste principalement à définir l'articulation du système de micro-assurance santé avec l'organisation responsable et avec les autres activités de celle-ci. Il s'agit également de choisir la forme légale du système et son organisation interne en conformité avec le cadre législatif en vigueur.

Le comité de pilotage peut utiliser au cours de cette étape une démarche participative en associant à ses activités des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à :

1. Effectuer la synthèse des données collectées:
 - dans le cadre de l'objectif 10: «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.» Ces données comprennent notamment des exemples d'organisation d'autres systèmes de micro-assurance santé;
 - dans le cadre de l'objectif 1: «Connaître le contexte.» Le cadre législatif du pays concerné (loi sur les assurances, loi sur la mutualité, loi sur les associations ou les coopératives, etc.) peut déterminer en partie l'organisation du système et ses relations et articulations avec les autres activités de l'organisation responsable.
2. Préparer un tableau qui sera utilisé au cours des groupes de travail pour définir les organes et les acteurs du système. Pour un exemple de tableau de définition des organes et des acteurs se reporter à :

► **4.7 – Choix de l'organisation du système**, tome 2, chapitre 4, page 161.

3. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: définir l'articulation avec les autres activités de l'organisation responsable;

- Action 2: choisir la forme juridique du système de micro-assurance santé;
 - Action 3: définir l'organisation du système de micro-assurance santé: les différents organes et les acteurs;
- 4.** Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir l'articulation avec les autres activités de l'organisation responsable

Dans beaucoup de cas, le système de micro-assurance santé est mis en place par une organisation qui exerce d'autres activités:

- des activités économiques: cas d'une coopérative agricole, d'une institution de microcrédit, d'une tontine, etc.;
- des activités sociales: entraide en cas d'événements familiaux, organisation de fêtes, etc.;
- d'autres activités d'assurance: assurance décès, vol, incendie, etc.;
- des activités sanitaires: prestation de soins de santé, vente de médicaments, éducation santé, prévention, etc.;
- des activités syndicales: défense des droits au travail, au logement, défense juridique, représentation des adhérents, etc.;
- des activités de financement de l'accès aux soins autres que l'assurance santé: crédit santé, épargne santé, prépaiement, caisses de solidarité.

Dans certains cas, les activités sont sans lien direct avec le système de micro-assurance santé. Dans d'autres cas les activités sont complémentaires.

Exemple: L'épargne santé est une forme de prévoyance qui peut compléter la couverture apportée par l'assurance santé. Le crédit santé permet de préfinancer le montant des dépenses de santé en l'absence de tiers payant.

Il est important de définir les relations entre le système de micro-assurance santé et les autres activités sur le plan:

- **légal.** Lorsque l'organisation responsable est un prestataire de soins, il est généralement souhaitable que le système de micro-assurance santé ait une existence légale propre, distincte de celle de la formation sanitaire;
- **comptable et financier.** Même si le système a un statut propre, des transferts financiers peuvent être envisagés avec les autres activités de l'organisation responsable. Ainsi le fonctionnement du système peut être pour une part financé par les gains générés par des activités économiques. Les transferts d'une activité à une autre doivent rester précisément connus ce qui suppose un partage des comptabilités;
- **fonctionnel.** Il est important de décider si le futur système bénéficiera d'organes de décision et de contrôle distincts de l'organisation responsable d'origine ou si certains organes seront communs. Il s'agit aussi de voir quelles ressources (personnel, matériel, locaux) peuvent être mises à la disposition du nouveau système, afin de limiter dans les premières années ses charges de fonctionnement.

Action 2: Choisir la forme juridique du système de micro-assurance santé

Les systèmes de micro-assurance santé peuvent revêtir diverses formes légales, selon les objectifs visés – plutôt sociaux ou plutôt commerciaux – et l’environnement législatif dans lequel ils évoluent. Les plus fréquents sont: la mutuelle, l’association, la coopérative, la société commerciale.

Action 3: Définir l’organisation du système de micro-assurance santé: les différents organes et les acteurs

Tout système de micro-assurance santé doit comporter:

- des organes ayant un pouvoir de décision. Le pouvoir de décision est détenu le plus souvent par une assemblée générale (actionnaires ou adhérents) et le conseil d’administration*. L’assemblée approuve les statuts et les règlements, le budget et les comptes et définit la politique générale du système en conformité avec les statuts. Le conseil met en application la politique générale décidée par l’assemblée générale;
- un organe en charge de l’exécution des activités et de l’administration quotidienne du système de micro-assurance santé. Cet organe peut être décomposé en divisions fonctionnelles: service de gestion des prestations, service de gestion des adhésions, service du personnel, service comptabilité, etc.;
- un organe doté d’une mission de contrôle. Il peut s’agir d’un comité de surveillance*, ou d’un service d’audit interne ou externe, chargé de contrôler la conformité des actions du système de micro-assurance santé aux statuts et au règlement intérieur*, ainsi que le respect des contrats et des procédures de gestion. Il veille également à l’exactitude des comptes et plus généralement à éviter un usage abusif ou frauduleux des ressources. Pour chacune de ces fonctions, une grande variété d’organisations existe.

Exemple: Lorsque le système est de taille moyenne, le suffrage direct peut être utilisé. Lorsque le système, est plus important, ou étendu géographiquement, il peut être mis en place une structure pyramidale avec des sections locales qui élisent leurs représentants; ceux-ci siègent ensuite à l’assemblée générale. Autre exemple, dans un système de grande taille, l’administration quotidienne du système peut être partagée entre des services centraux (direction générale, comptabilité, service de gestion des adhésions, service de gestion des prestations) et une direction régionale par zone d’implantation du système. Dans un système de petite taille, un bureau exécutif composé d’un président, d’un secrétaire et d’un trésorier peut suffire pour la gestion quotidienne du système.

Par ailleurs, chacune des fonctions de décision, exécution, et contrôle peut être assurée:

- par les adhérents. Dans les mutuelles, le pouvoir de décision est confié aux adhérents qui siègent à l’assemblée générale;
- par du personnel bénévole, indemnisé ou salarié du système de micro-assurance ou des autres branches d’activité de l’organisation responsable (mise en commun de ressources humaines). Les activités courantes du système comme l’encaissement des cotisations, l’enregistrement des adhésions, etc. sont souvent assurées par des bénévoles au démarrage du

système. Après quelques années de fonctionnement, le système est capable d'indemniser ces personnes voire d'employer du personnel salarié. Lorsque les coûts de fonctionnement du système sont subventionnés, l'emploi de personnel salarié peut être envisagé dès le départ. Cependant la viabilité du système peut être remise en cause le jour où ces aides viennent à disparaître;

- par les prestataires de soins partenaires qui peuvent réaliser certaines tâches de gestion comme encaisser des cotisations, enregistrer l'adhésion de nouveaux membres, contrôler les cartes des assurés;
- par l'assistance technique de projets, d'ONG, de services décentralisés de l'Etat, de syndicats ou d'associations, d'unions techniques, etc.;
- par des consultants spécialisés comme des experts comptables, des statisticiens.

Lorsque certaines tâches nécessitent des compétences particulières comme la comptabilité, le suivi et l'évaluation, elles peuvent être déléguées à des opérateurs externes.

Etape 8: Définir les modalités de fonctionnement du système

Cette étape consiste à définir les mécanismes et les moyens matériels et humains à mettre en œuvre pour garantir un fonctionnement et une gestion efficaces du système de micro-assurance santé. Il s'agit plus précisément de:

- définir les règles de fonctionnement, c'est-à-dire les modalités d'adhésion, de paiement des droits d'adhésion* et des cotisations, de prise en charge des dépenses de santé;
- décrire les procédures de gestion*, c'est-à-dire les étapes nécessaires pour mettre en pratique ces règles;
- définir les procédures de suivi permettant de veiller au bon fonctionnement du système de micro-assurance santé;
- contrôler que les règles de fonctionnement et les procédures de gestion et de suivi permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance: sélection adverse, risque moral, surprescription, fraudes et abus, risques catastrophiques.

La définition des procédures de gestion et de suivi nécessite, en tout cas, une bonne connaissance des principes de fonctionnement de ce type de système. Il n'est pas possible de développer ces derniers dans le cadre du présent guide. Ils font l'objet d'un autre guide, que le lecteur est invité à consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, BIT/STEP, 2003*

La démarche, qu'elle soit participative ou non, consiste ici à:

- 1.** Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 10: «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.»
- 2.** Préparer les supports qui seront utilisés au cours des groupes de travail pour effectuer les choix:
 - des tableaux comparatifs qui permettent pour chaque règle de fonctionnement envisagée d'en mesurer les avantages et les inconvénients;

- des tableaux de rôles qui permettent de dérouler chaque processus et d'identifier les ressources humaines et matérielles nécessaires. Pour l'explication de cette méthode se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système,**
§ Construction d'un tableau de rôles, tome 2, chapitre 4, page 163.

3. Se réunir en groupe de travail avec des représentants de la population cible ou en comité restreint (comité de pilotage + experts) pour:
 - Action 1: définir les principales règles de fonctionnement: règles d'adhésion, de paiement des cotisations, de prise en charge, de remboursement des adhérents ou de paiement des prestataires:
 - les règles d'adhésion: Qui a le droit d'adhérer? Y a-t-il des restrictions géographiques, professionnelles, sur l'âge, etc.? Comment éviter la double indemnisation?
 - les personnes à charge: Qui sont les bénéficiaires? Qu'inclut la notion de famille: parenté élargie, ascendants, descendants, enfants majeurs ou qui travaillent, polygamie, personnes âgées, etc.?
 - les catégories de personnes dont l'adhésion ou la couverture pose des problèmes de financement;
 - les personnes bénéficiant d'une autre couverture d'assurance santé;
 - les modalités d'adhésion: adhésion individuelle, familiale ou collective? Adhésion automatique ou volontaire?
 - la période d'adhésion: fermée ou ouverte?
 - les modalités de résiliation et de radiation;
 - l'existence et le montant des droits d'adhésion;
 - le mode de calcul de la cotisation d'une famille: tarif par individu, tarif forfaitaire par famille, etc.;
 - la fréquence de paiement des cotisations;
 - les modalités de révision des cotisations;
 - l'existence et la durée de la période d'attente;
 - les procédures à suivre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge.
 - Action 2: décrire les principales procédures de gestion c'est-à-dire les différentes activités attachées aux opérations d'adhésion, de recouvrement des cotisations, de prise en charge
 - Action 3: définir les procédures de suivi permettant de garantir le bon fonctionnement du système de micro-assurance santé:
 - le suivi de l'application des règles de fonctionnement et procédures de gestion;
 - le suivi du portefeuille de risques*;
 - le suivi budgétaire.
 - Action transversale: veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance: la sélection adverse, le risque moral, le risque de surprescription, les fraudes et abus, les risques catastrophiques.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir les principales règles de fonctionnement

La définition de l'adhérent

En principe toute personne ayant l'âge minimum requis, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique peut adhérer à un système de micro-assurance santé, à condition de s'engager à en respecter les statuts et les règles de fonctionnement et à verser régulièrement ses cotisations.

Toutefois, lorsque le système de micro-assurance santé est fondé par une organisation de la société civile, il est naturel qu'au moins dans une phase initiale, des critères d'adhésion soient définis sur la base des liens qui unissent les adhérents entre eux: habitants d'un village, d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social ou professionnel comme un syndicat, une association féminine, etc.

Lorsque le système est géré par l'offre de soins, les critères d'adhésion sont a priori plus larges, dans la mesure où la population des utilisateurs de la formation sanitaire n'est pas généralement circonscrite à une communauté.

Lorsque le système est géré par une société commerciale (société d'assurance souhaitant proposer une couverture aux populations démunies par exemple), des critères très stricts sur l'âge ou même sur l'état de santé entrent parfois en compte.

Exemple de critère restrictif: Les adhérents doivent être âgés de moins de 65 ans au moment de l'adhésion.

Les différentes restrictions apportées à la définition de l'adhérent ont chacune leur lot d'avantages et d'inconvénients. Le tableau suivant indique pour certaines restrictions sur l'âge, l'état de santé, le lieu d'habitation, le pour et le contre de quelques critères appliqués dans les systèmes.

Critères d'adhésion	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Age minimum (par exemple: 18 ans)	● Permet d'écarter les personnes civilement non «responsables»		
Age maximum (par exemple: 65 ans)	● Réduit le montant des prestations	● Crée une exclusion contraire aux principes de fonctionnement et objectifs de la plupart des systèmes	● Prévoir des formes de solidarité complémentaires: par exemple un fond séparé pour les malades du sida
Ne pas avoir de maladie chronique	● Réduit le montant des prestations		
Habiter un même village ou quartier Travailler dans une même entreprise	● Favorise la cohésion, le contrôle social et l'entraide	● Réduit la viabilité du système (celui-ci est moins exposé aux risques si ses bénéficiaires sont répartis sur plusieurs zones géographiques)	

La définition des personnes à charge

Généralement certains membres de la famille de l'adhérent peuvent bénéficier de la couverture. Il s'agit le plus souvent du conjoint et des enfants légitimes, naturels ou adoptés jusqu'à un certain âge.

La définition précise des personnes à charge et/ou la limitation de leur nombre sont importantes si le système prévoit un niveau de cotisation forfaitaire par famille, ou un niveau de cotisation qui n'est pas exactement proportionnel au nombre de personnes composant la famille. La définition des personnes à charge est un arbitrage entre:

- la prise en compte des habitudes locales: existence de familles polygames, prise en charge des ascendants (personnes âgées) par leurs enfants, jeunes célibataires qui restent dans le foyer de leurs parents en attendant d'être autonomes financièrement;
- la nécessité de proposer des niveaux de cotisation accessibles.

Lorsque la cotisation n'est pas proportionnelle à la taille de la famille, une définition trop large des personnes à charge contribue à accroître le niveau des cotisations et à demander un niveau de cotisation trop élevé aux familles de petite taille.

En général, les membres de la famille ne sont considérés comme personnes à charge que si elles sont effectivement dépendantes sur le plan financier de l'adhérent. Lorsque le conjoint ou un enfant travaille et acquiert un revenu, il n'est plus «à charge» et doit s'inscrire comme adhérent.

Les catégories de personnes dont l'adhésion ou la couverture pose des problèmes de financement

Certaines catégories de personnes ont une consommation de soins de santé beaucoup plus élevée que la moyenne de la population cible. Il s'agit des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques: diabétiques, hypertendus, déficients cardiaques, personnes vivant avec le VIH, etc.

Leur inclusion au titre d'adhérent ou de personne à charge dans une proportion plus importante que celle qu'ils représentent dans la population cible peut compromettre l'équilibre financier du système dans la mesure où les cotisations sont calculées à partir des dépenses de santé moyennes de cette population. A l'inverse, leur exclusion du système n'est souvent pas envisageable pour des raisons sociales et éthiques. Elle est également contraire à l'objectif de couverture universelle.

Les solutions suivantes peuvent être envisagées:

- privilégier une inscription familiale comprenant des personnes jeunes et des personnes âgées, des personnes malades et des personnes en bonne santé;
- faire payer aux adhérents ayant dépassé un certain âge et qui s'affilient pour la première fois une cotisation plus élevée. Cette décision pose des problèmes d'exclusion et ne doit être prise que dans le cas où les adhérents concernés n'ont pas adhéré au système de micro-assurance santé au moment où ils en avaient la possibilité;
- choisir avec précaution les services de santé à couvrir par le système de micro-assurance santé et les niveaux de prise en charge;

Exemple: La prise en charge de l'hospitalisation est limitée à douze jours par personne et par an. Les traitements spécifiques de certaines pathologies lourdes ne sont pas pris en charge.

- ne pas prendre en charge certains médicaments spécialisés ou de marque;

- chercher d'autres modes de financement des traitements dont les personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin. Dans certains pays, les soins relatifs à des maladies comme la tuberculose, la lèpre ou l'infection par le VIH sont pris en charge par des programmes spéciaux de l'Etat ou des bailleurs de fonds externes. Lorsque cette aide extérieure n'existe pas, on peut envisager la création d'un fonds de solidarité distinct du système d'assurance.

Les personnes bénéficiant d'une autre couverture d'assurance santé

Certaines personnes peuvent bénéficier par ailleurs d'une autre couverture d'assurance santé: sécurité sociale, régime d'assurance santé mis en place par leur entreprise, etc. Si le système de micro-assurance santé accepte de couvrir ces personnes, au titre d'adhérent ou d'ayant droit, il est important de mettre en place des mécanismes permettant d'éviter que ces personnes soient surindemnisées, c'est-à-dire que les prestations cumulées obtenues grâce aux deux couvertures soient supérieures aux dépenses de santé effectivement engagées.

Dans ce cas, les mesures suivantes peuvent être prises:

- préciser dans les contrats et/ou le règlement intérieur que la prise en charge est effectuée dans la limite des dépenses engagées et en complément des prises en charge dont peut bénéficier la personne par ailleurs;
- mettre en place des procédures de gestion spécifiques pour ces personnes: remboursements sur justificatifs, contrôles, etc.;
- ne pas mettre en place de mécanisme de tiers payant pour ces personnes.

Exemple: Le système de micro-assurance santé couvre les consultations à hauteur de «100% des dépenses limitées à 500 UM par consultation». L'un des adhérents est déjà membre par le biais de son entreprise d'une mutuelle de santé. Celle-ci couvre la consultation à hauteur de 50% des dépenses engagées.

L'adhérent effectue une consultation et paie 1400 UM. La mutuelle de l'entreprise rembourse 50% des dépenses soit 700 UM. Avec la facture du prestataire de soins et le bordereau de remboursement de la mutuelle, l'adhérent effectue ensuite une demande de remboursement auprès du système de micro-assurance santé pour la part des dépenses restant à sa charge soit 700 UM. Le système de micro-assurance santé rembourse 100% des dépenses restantes limitées à 500 UM, c'est-à-dire 500 UM. Il reste finalement à la charge de l'adhérent 200 UM.

Les modalités d'adhésion

L'adhésion à un système de micro-assurance santé peut être:

- individuelle: chaque personne peut adhérer individuellement;
- familiale: tous les membres de la famille doivent être inscrits;
- collective: les salariés d'une entreprise ou les membres d'une coopérative adhèrent collectivement et non en tant qu'individus.

Un individu peut disposer d'une liberté plus ou moins grande d'adhérer à un système de micro-assurance santé. L'adhésion peut être:

- volontaire: la décision d'adhérer au système de micro-assurance santé est prise par chaque individu ou chaque famille;

- automatique: l'appartenance à un groupe (coopérative, village, syndicat, entreprise) ou la souscription d'un contrat, comme la demande de crédit auprès d'une institution de micro-finance, entraîne automatiquement l'adhésion au système de micro-assurance santé. La décision d'adhérer au système n'est pas prise par l'individu mais par le groupe auquel il appartient ou l'institution dont il est le client;
- obligatoire: elle est obligatoire lorsque des individus, des familles ou des groupes sont mis dans l'obligation d'adhérer sans que cette décision ait été prise par eux ou par leur groupe d'appartenance; c'est par exemple le cas de beaucoup de travailleurs salariés qui sont obligés d'adhérer à un régime de sécurité sociale.

Chaque modalité d'adhésion présente des avantages et des inconvénients, dont les principaux sont recensés dans le tableau ci-dessous. Le système de micro-assurance santé peut utiliser conjointement plusieurs modalités.

Exemple: Adhésion collective et automatique pour les salariés d'une entreprise avec lequel le système passe un accord et adhésion familiale et volontaire avec les membres de groupements villageois.

Modalité d'adhésion	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Adhésion collective et familiale	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la sélection adverse ● Augmente le taux de pénétration 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peut réduire l'attractivité du système 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etablissement d'accords avec des entreprises, des syndicats dans le cas d'adhésions collectives
Adhésion individuelle	<ul style="list-style-type: none"> ● Simplifie et rend flexible l'adhésion ● Peut augmenter l'attractivité du système 	<ul style="list-style-type: none"> ● Augmente le risque de sélection adverse et de fraudes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation ● Contrôle du droit aux prestations
Adhésion volontaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Est souvent la seule modalité possible dans l'économie informelle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Augmente le risque de sélection adverse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation
Adhésion automatique	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la sélection adverse ● Simplifie la gestion (recouvrement des cotisations au niveau du groupe) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Présente un risque de déresponsabilisation des adhérents (fraudes et abus éventuels) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle du respect de l'obligation d'adhésion ● Contrôle contre le risque moral, les fraudes et les abus
Adhésion obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> ● Elimine la sélection adverse 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'adhésion obligatoire n'est souvent pas applicable dans l'économie informelle 	

La période d'adhésion: fermée ou ouverte

Lorsque l'adhésion au système est possible à n'importe quel moment de l'année, on parle de période d'adhésion ouverte.

Lorsque l'adhésion n'est possible que pendant une période limitée dans l'année, on parle de période d'adhésion fermée. Dans ce cas, le risque de sélection adverse est limité. En effet, les adhérents potentiels ne pouvant choisir la période à laquelle ils adhèrent, le risque est moins élevé qu'ils le fassent à un moment où ils prévoient d'effectuer des dépenses de santé

importantes. La gestion est également simplifiée parce que l'effort nécessaire à la collecte des cotisations peut être concentré sur une période réduite et parce que le travail de suivi des adhésions et de contrôle des prises en charge est moins lourd. Cette solution est bien acceptée en milieu rural lorsqu'elle correspond à un paiement des cotisations au moment des récoltes. Elle rend moins nécessaire l'application d'une période d'observation. Cependant, une période d'adhésion fermée est contraignante pour les adhérents potentiels et peut réduire la dynamique d'affiliation.

Les modalités de résiliation et de radiation

L'adhérent doit avoir la possibilité de quitter le système de micro-assurance santé.

Les modalités de résiliation sont liées à celles de l'adhésion. Si l'adhésion est collective, un membre du groupe n'a pas la possibilité de résilier individuellement son adhésion. La résiliation est également collective.

Afin de se protéger de comportements opportunistes, le système peut prévoir des règles strictes en matière de résiliation de l'adhésion. Il est possible par exemple d'instaurer une période de résiliation fermée: les adhérents ou les groupes n'ont la possibilité d'effectuer une demande de résiliation qu'à certaines périodes de l'année ou uniquement à la date anniversaire de l'adhésion. Le système peut aussi prévoir des procédures de demande de résiliation assez lourdes: les adhérents doivent formuler leur demande un mois avant la date d'effet prévue pour la résiliation. Il peut de la même manière prévoir des dispositions contraignantes concernant la radiation des ayants droit par l'adhérent. Ces mesures restent toutefois d'application difficile car elles supposent la possibilité de contraindre les adhérents n'ayant pas respecté les règles ce qui n'est souvent pas possible.

De son côté, le système doit se garder la possibilité de radier des adhérents et des ayants droit dans certaines circonstances: en cas de non-paiement répété des cotisations, en cas de fraude ou d'abus manifestes, etc.

Toutes ces règles doivent être définies avec précision dans le règlement intérieur ou le contrat.

L'existence et le montant des droits d'adhésion

Les droits d'adhésion permettent de couvrir les frais de l'inscription. Ils peuvent être remplacés par la vente de la carte d'adhérent* qui est mieux acceptée par les adhérents. Les droits d'adhésion ne sont généralement payés qu'une seule fois au moment de l'adhésion. Certains systèmes demandent toutefois aux adhérents de payer les droits d'adhésion à chaque renouvellement des cartes d'adhérent.

Le montant des droits d'adhésion ne doit pas être trop élevé pour éviter de dissuader les adhérents potentiels de rejoindre le système.

Le mode de fixation de la cotisation d'une famille: tarif par individu, forfait par famille, etc.

Il existe de multiples modes de fixation des cotisations:

- la cotisation individuelle: chacun paie une cotisation, de même montant, que l'on soit adhérent ou personne à charge. Une alternative est que chaque personne paie une cotisation mais que celle des personnes à charge est inférieure à celle des adhérents. Il est encore possible de fixer le montant de la cotisation en fonction de caractéristiques individuelles: l'âge, le sexe, l'état de santé, le lieu d'habitation, la profession;

- la cotisation familiale forfaitaire: une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge dans la famille;
- des formes intermédiaires de cotisation: la cotisation «isolé/famille», avec un niveau de cotisation pour les célibataires sans personne à charge et un niveau pour les familles quel que soit le nombre de personnes à charge. Ou plusieurs niveaux de cotisation liés à la taille de la famille.

Exemple: Un premier niveau de cotisation pour les familles de 1 à 3 personnes, un deuxième niveau pour les familles de 4 à 9 personnes, un troisième niveau au-delà de 9 personnes.

- la cotisation en fonction du revenu. Le montant de la cotisation est proportionnel au revenu éventuellement avec la fixation de plafonds.

Le tableau suivant indique les principaux avantages et inconvénients de différents modes de fixation de la cotisation.

Mode de fixation de la cotisation	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Cotisation individuelle (chaque personne couverte paie une cotisation)	<ul style="list-style-type: none"> ● Repose sur l'égalité entre personnes (pas de «transferts» entre familles nombreuses et familles peu nombreuses) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorise la sélection adverse (l'adhérent inscrit en priorité les membres de la famille qui présentent un risque élevé de maladie ou de maternité) ● Favorise la fraude sur l'identité des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation ● Adhésion fermée ● Contrôles d'identité: cartes d'adhérent avec photos des ayants droit
Cotisation forfaitaire par famille non proportionnelle au nombre de bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Induit une solidarité entre les familles 	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorise les abus (l'adhérent ayant tendance à inscrire le maximum de personnes à charge) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Limitation du nombre de personnes à charge ● Contrôle de l'application des règles concernant les personnes à charge
Cotisation en fonction du revenu	<ul style="list-style-type: none"> ● Induit une solidarité entre les riches et les pauvres ● Logique d'équité et d'inclusion 	<ul style="list-style-type: none"> ● Très difficile à appliquer dans l'économie informelle 	

La fréquence de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations peut être effectué de multiples manières: chaque jour, chaque semaine, chaque quinzaine, tous les mois, tous les trois ou quatre mois, deux fois par an, une fois par an, etc. Le recouvrement des cotisations est d'autant plus compliqué que la fréquence de paiement est élevée (chaque jour, semaine ou quinzaine).

Le système de micro-assurance santé peut:

- choisir une seule fréquence de paiement qui s'applique à tous les adhérents;
- donner le choix aux adhérents de choisir le fractionnement qui leur convient le mieux.

La première option est plus simple à gérer. Pour choisir le fractionnement le plus adapté, il est nécessaire de prendre en compte les informations collectées dans le cadre de l'objectif 8: «Évaluer la disposition à payer de la population cible» qui indiquent le fractionnement préféré par la population cible, et, dans le cas d'un fractionnement annuel ou semestriel, les mois de versement des cotisations les plus favorables.

Pour avoir un exemple de restitution des informations sur les variations saisonnières de la disposition à payer se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système,** § Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer, tome 2, chapitre 4, page 162.

Les modalités de révision des cotisations

Il est important de prévoir le rythme de révision des montants de cotisations et de définir les indicateurs utilisés pour réviser ces montants.

Exemple de rythme de révision: Tous les ans à la date anniversaire de l'adhésion, tous les 1^{er} janvier. Exemples d'indicateurs utilisés pour la révision des cotisations: ratio des sinistres sur les primes (S/P), taux d'inflation.

L'existence et la durée de la période d'attente encore appelée stage ou délai de carence

La période d'attente est le temps suivant l'adhésion, pendant lequel l'adhérent paie ses cotisations mais ne peut encore bénéficier des services du système de micro-assurance santé ni en faire bénéficier ses ayants droit.

Cette période est nécessaire pour éviter les comportements opportunistes de personnes qui s'affilieraient au moment précis où elles en ont besoin, en prévision d'un accouchement ou d'une intervention chirurgicale programmée par exemple, et qui se désengageraient une fois l'événement passé. De plus, elle permet de réduire le coût du risque en première année ce qui peut être pris en compte en réduisant le montant des cotisations sur toute la durée d'adhésion. La période d'observation est moins utile lorsque l'adhésion est collective, automatique ou obligatoire.

La durée de la période d'observation n'est pas standard: trop courte, elle n'empêche pas les comportements opportunistes et la sélection adverse; trop longue, elle risque de décourager les adhésions. Par ailleurs elle peut varier d'un service de santé couvert à l'autre. Pour la maternité il est d'usage d'instaurer une période de neuf à dix mois. Pour d'autres risques, la durée est plus courte, généralement entre un et trois mois. Utiliser plusieurs périodes d'observation en fonction des risques rend plus complexe la gestion.

Les procédures à suivre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge

Les contrôles sur l'appartenance au système et l'encours de droits

Pour bénéficier du tiers payant, d'accords préférentiels avec les prestataires de soins ou tout simplement se faire rembourser, le patient doit être couvert par le système au titre d'adhérent ou d'ayant droit et être à jour de ses cotisations. Des contrôles sur l'appartenance au système et l'encours de droits peuvent être effectués, selon les cas, avant, pendant ou après l'utilisation des services de santé.

Les contrôles avant ou pendant le recours aux soins, peuvent être envisagés principalement:

- dans le cas d'un système de tiers payant où l'adhérent et/ou l'ayant droit n'a pas à faire l'avance des dépenses de santé prises en charge par le système de micro-assurance;
- dans le cas d'un système qui dispose avec certains prestataires d'accords sur les prix, sur la qualité et/ou les protocoles thérapeutiques.

Les contrôles avant ou pendant le recours aux soins peuvent être effectués par le prestataire de soins. La présentation de la carte d'adhérent permet de prouver l'appartenance au système.

Le mécanisme de la lettre de garantie* permet de prouver que l'adhérent est à jour de ses cotisations. Il s'agit d'une attestation de prise en charge que le patient doit aller chercher auprès du système de micro-assurance santé avant de recourir aux soins. Cette procédure – assez lourde, surtout s'il y a urgence – peut être remplacée par des cachets apposés à chaque échéance sur la carte d'adhérent et prouvant que la cotisation a bien été payée.

Les contrôles après le recours aux soins sont effectués par les gestionnaires du système. En l'absence de tiers payant, le patient, qu'il soit adhérent ou ayant droit, transmet au système de micro-assurance santé, après le recours aux soins, une facture indiquant les services dispensés et les dépenses effectuées. Certains systèmes imposent l'utilisation de factures types, plus lisibles et comportant toutes les informations dont le système a besoin pour effectuer les contrôles et émettre le remboursement.

Autres mécanismes conditionnant la prise en charge

Pour certains services de santé coûteux, le système de micro-assurance santé peut mettre en place un mécanisme d'entente préalable*. L'adhérent ou l'ayant droit doit transmettre un devis au système de micro-assurance santé avant le recours aux soins. En cas d'accord, le système délivre une autorisation de prise en charge. Ce mécanisme permet de protéger le système contre le risque moral et le risque de surprescription. Le système de micro-assurance santé doit faire appel à un médecin-conseil pour analyser les demandes.

Pour des soins dispensés au deuxième ou troisième échelon de la pyramide sanitaire (hospitalisations, actes de spécialité) le système de micro-assurance santé peut mettre en place un mécanisme de référence obligatoire. L'adhérent ou l'ayant droit est obligé de consulter un prestataire d'un échelon déterminé avant de pouvoir recourir à un prestataire d'un échelon supérieur. Ce mécanisme permet de réduire la consommation non indispensable de soins spécialisés et coûteux.

Le tableau ci-dessous présente sommairement les avantages et les contraintes des mécanismes d'entente préalable et de référence obligatoire.

Mécanismes	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Entente préalable	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la surconsommation et la surprescription 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exige des démarches administratives lourdes pour les bénéficiaires ● Induit des coûts car demande la contribution d'un médecin-conseil 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recours à un médecin-conseil
Référence obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la consommation de services onéreux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la liberté de choix ● Est difficile à mettre en place dans des systèmes en fonctionnement ● Suppose une bonne organisation de la pyramide sanitaire 	

Action 2: Décrire les principales procédures de gestion

Une fois que les principales règles de fonctionnement ont été définies (règles d'adhésion, de paiement des cotisations, de prise en charge et/ou de remboursement), le comité de pilotage peut décrire en détail les procédures de gestion en utilisant la méthode des tableaux de rôle.

Pour un exemple de celle-ci, se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système**, § Construction d'un tableau de rôles, tome 2, chapitre 4, page 163.

Cette méthode permet de recenser toutes les activités nécessaires à la gestion et au fonctionnement du système de micro-assurance santé et de vérifier que les moyens humains sont suffisants et alloués de manière optimale.

Chaque opération du système de micro-assurance santé peut être considérée comme un processus comportant des étapes, faisant appel à des compétences et des outils comme des fiches, registres, outils informatiques, etc.

La construction du tableau de rôles repose ici sur l'analyse des principales opérations de gestion, la compréhension des différentes étapes, l'identification des acteurs impliqués à chaque étape, le détail de leurs fonctions et responsabilités, l'inventaire de tous les supports utilisés (fiches, registres, outils informatiques) et l'indication de leurs modalités d'utilisation.

L'emploi du tableau de rôles permet aux acteurs d'avoir une meilleure vision d'ensemble du fonctionnement du système et une meilleure compréhension du rôle de chacun et de la nature de son implication. Il permet à l'ensemble des intervenants de se mettre d'accord sur les étapes et les règles que tout le monde devra suivre. Il permet de préparer la rédaction du manuel de procédures et la conception des outils d'enregistrement des opérations. Il contribue aussi à la formation des responsables. Il prépare le cas échéant les bases d'une future convention entre le système de micro-assurance santé et les prestataires de soins.

Pour plus d'informations sur les procédures de gestion et les opérations comptables, consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, parties 3 et 4, BIT/STEP, 2003

Action 3: Définir les procédures de suivi

Différentes procédures de suivi peuvent être définies afin d'assurer le bon fonctionnement du système de micro-assurance santé:

- le suivi de l'application des règles de fonctionnement et des procédures de gestion par les différents acteurs permet de garantir que tous les contrôles amont sont effectués (avant d'accepter une adhésion, avant d'effectuer des remboursements, etc.) et que les outils d'enregistrement sont correctement utilisés;
- le suivi du portefeuille de risques permet de déceler à temps des phénomènes de surconsommation et de surprescription qui risqueraient de mettre en péril l'équilibre financier du système. Il permet aussi d'ajuster le montant des cotisations;
- le suivi budgétaire permet de vérifier que le budget prévisionnel est respecté. Il consiste à comparer les prévisions effectuées en début d'exercice aux réalisations en cours d'exercice. Les écarts constatés entre prévisions et réalisations doivent donner lieu à un ajustement des programmes d'activités voire à l'établissement d'un nouveau budget;

- le suivi de la trésorerie permet de s'assurer que le système de micro-assurance santé est en mesure de faire face à ses engagements, en particulier vis-à-vis des bénéficiaires et des prestataires, sans avoir à conserver des liquidités trop importantes. Il consiste à comparer les prévisions d'entrée et de sortie de fonds avec les réalisations. Les écarts constatés entre prévisions et réalisations doivent donner lieu à des ajustements dans la gestion de la trésorerie et dans les programmes d'activité.

Pour plus de précision sur les activités de suivi, consulter:

► *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, tome 1: Méthodologie, partie II - Éléments de suivi, BIT/STEP et CIDR, 2001.*

Action transversale: Veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance

Les règles de fonctionnement du système doivent permettre de limiter autant que possible l'apparition des phénomènes de sélection adverse, de risque moral, de surprescription, les fraudes et les abus, les risques catastrophiques, et leur impact sur le système.

Certaines de ces règles sont présentées dans le tableau synthétique ci-dessous:

Lutter contre la sélection adverse et les comportements opportunistes	
Règles d'adhésion	<p>Compenser l'inscription de personnes ayant un risque élevé de maladie par celle de personnes en bonne santé en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● privilégiant l'adhésion familiale: dès que l'un des membres de la famille s'inscrit, tous les autres membres doivent être inscrits; ● et/ou encourageant l'adhésion de groupes. <p>Exemple: Tous les membres d'une entreprise, d'un syndicat, d'une association, d'une communauté religieuse, etc.</p> <p>Privilégier l'adhésion automatique en passant des accords avec des groupes structurés comme des syndicats, entreprises, associations.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Instaurer un âge maximum pour une première adhésion. ● ou Faire payer aux adhérents ayant dépassé un certain âge, et qui s'affilient pour la première fois, une cotisation plus élevée.
Période d'adhésion	Instaurer une période d'adhésion fermée.
Règles pour bénéficiaire de la couverture	<p>Introduire une période d'observation dont la durée peut dépendre des services couverts.</p> <p>Exemple: Neuf mois pour la maternité.</p>
Règles de résiliation et de radiation	Instaurer des dispositions contraignantes concernant la résiliation de l'adhésion ou la radiation.
Cotisation	Instaurer une cotisation forfaitaire par famille afin d'éviter l'inscription massive de personnes ayant un risque élevé de maladie.
Droit d'adhésion	Instaurer le paiement à nouveau du droit d'adhésion pour les adhérents n'ayant pas renouvelé dans les délais leur adhésion (cas d'une adhésion annuelle).

Lutter contre le risque moral et le risque de surprescription	
Règles et procédures pour bénéficiaire de la couverture	Instaurer une entente préalable pour les soins de santé coûteux et ne revêtant pas de caractère d'urgence.
	Instaurer un système de référence obligatoire réglementant l'accès aux soins d'un échelon supérieur plus coûteux.
Procédures de suivi	Instaurer des procédures de suivi et de contrôle de la consommation des bénéficiaires dès la première année.
Procédures de contrôle	Encourager le contrôle social* et le développement d'un sentiment de responsabilité de chaque adhérent et de chaque ayant droit.
Lutter contre les fraudes et les abus	
Personnes à charge	Avoir une définition restreinte de la famille pour limiter les abus (inscription d'un grand nombre de personnes par famille) dans le cas où la cotisation ne dépend pas du nombre de bénéficiaires.
Cotisation	Instaurer un contrôle d'identité particulièrement rigoureux lorsque chaque membre de la famille paie une cotisation.
	Limiter le nombre de personnes à charge lorsque la cotisation est identique quelle que soit la taille de la famille.
Règles et procédures pour bénéficiaire de la couverture	Utiliser une lettre de garantie pour vérifier que l'adhérent est à jour de ses cotisations.
	Indiquer précisément sur la carte d'adhérent l'identité des bénéficiaires: nom, prénom, date de naissance, photo d'identité.
	Instaurer un contrôle de l'identité et des droits du patient au moment des soins, notamment lorsque les adhérents du système bénéficient du tiers payant ou de tarifs préférentiels.
	Instaurer un contrôle de l'identité et des droits au moment du remboursement du patient dans le cas d'un paiement direct.
Se protéger contre les risques financiers liés aux événements catastrophiques: épidémies, dépenses de santé exceptionnellement élevées	
Règles d'adhésion	Répartir les risques sur plusieurs zones géographiques en acceptant des adhésions venant de plusieurs villages ou districts.
Règles pour bénéficiaire de la couverture	Introduire une période d'attente afin de constituer, dès la première année, des réserves financières.
Règles pour assurer la couverture	Adhérer à un système de réassurance ou de coassurance.

Etape 9: Etablir le budget prévisionnel du système de micro-assurance santé

Cette étape doit permettre de vérifier la cohérence financière globale du système de micro-assurance santé envisagé.

Le budget est basé sur la prévision des dépenses et des recettes nécessaires à la réalisation des activités du système de micro-assurance santé, sur une période déterminée, généralement, un exercice. Le budget doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Chaque trimestre, la comparaison des prévisions avec les réalisations doit permettre de prendre, si nécessaire, les mesures indispensables à la bonne exécution du budget et donc à l'équilibre financier du système de micro-assurance santé.

L'élaboration du budget prévisionnel, effectuée après le montage du système, consiste à :

1. Recenser et évaluer l'ensemble des recettes prévisionnelles du système. Celles-ci sont constituées principalement par les cotisations, les droits d'adhésion, les recettes provenant d'activités payantes, les dons et legs et les éventuelles subventions.
2. Recenser et évaluer l'ensemble des dépenses prévisionnelles du système. Celles-ci sont constituées principalement par les dépenses relatives aux services couverts, les frais liés à l'offre de services auxiliaires en matière de santé (séances d'éducation à la santé, etc.), les coûts de fonctionnement (frais de personnel, de matériel, etc.) et les frais de formation et d'animation.
3. Etablir le budget prévisionnel et vérifier que l'équilibre financier est atteint. Pour l'explication et l'illustration de l'établissement du budget prévisionnel, se reporter à :

► **4.9 – Elaboration du budget prévisionnel**, tome 2, chapitre 4, page 165.

Consulter également :

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, partie 5, BIT/STEP, 2003.

4. Si l'équilibre n'est pas atteint ou le poste imprévu trop faible, effectuer des ajustements : augmentation des cotisations, recherche de nouvelles sources de financement, réduction de certains coûts de fonctionnement.

L'utilisation d'une démarche participative pour élaborer le budget n'est pas toujours nécessaire. En revanche, si des ajustements doivent être effectués, il est préférable d'associer des représentants de la population cible, notamment si le niveau de cotisation doit être augmenté.

5. Phase de préparation de la mise en place du système

Introduction

Objectif de la phase de préparation de la mise en place

La dernière phase de l'étude de faisabilité consiste à rédiger un rapport à partir de l'ensemble des hypothèses et des résultats des différentes phases déjà réalisées. Ce rapport formalise l'ensemble des aspects de l'étude de faisabilité: la démarche suivie, les étapes et les résultats de la collecte des données, les choix effectués. Il fournit l'occasion de vérifier avant le démarrage la cohérence d'ensemble du système.

Cette dernière phase consiste aussi à fixer l'ensemble des choix effectués au cours de la phase précédente dans des documents et outils de référence. Ces derniers sont en outre nécessaires pour le démarrage des activités. Ils comprennent: le plan d'actions, les statuts et l'organigramme du système de micro-assurance santé, le règlement intérieur (cas d'une mutuelle) ou les contrats, les supports de gestion et le manuel de procédures, les conventions avec les prestataires de soins.

Remarque: Il ne s'agit pas de l'ensemble des documents et outils dont le système a besoin pour mettre en œuvre, gérer et suivre l'activité – en particulier tous les documents comptables, de suivi budgétaire et de la trésorerie ont été omis – mais de ceux directement en relation avec les décisions prises au cours de l'étude de faisabilité et qu'il est donc logique de produire à la fin de l'étude.

Pour une description détaillée de l'ensemble des documents et outils dont le système a effectivement besoin, consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003 et *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT/STEP et CIDR, 2001.

La phase de préparation s'achève par la constitution officielle du système. Le comité de pilotage est alors dissout et laisse la place aux organes de décision, d'exécution et de contrôle chargés de représenter et de gérer le système de micro-assurance santé.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose une présentation succincte du rapport de l'étude de faisabilité ainsi que des différents documents et outils de référence mentionnés ci-dessus.

Le rapport de l'étude de faisabilité

Le rapport de l'étude de faisabilité est une synthèse du déroulement de l'étude et de ses résultats. Il est rédigé par le comité de pilotage à partir de l'ensemble des hypothèses et résultats des différentes phases de l'étude.

Remarque: Le rapport de l'étude est rédigé normalement à la fin de l'étude de faisabilité donc après la préparation des documents et outils de référence du système. Pour souligner l'importance de ce rapport il a été cependant choisi de le présenter avant ces documents.

Elaborer ce rapport est important pour plusieurs raisons.

Première raison: il décrit la démarche utilisée au cours de l'étude de faisabilité: démarche de collecte, processus de choix et d'élaboration du système. En particulier il précise pourquoi certaines informations ont été collectées plutôt que d'autres, pourquoi certaines options ont été retenues plutôt que d'autres, etc. Garder une trace de la démarche et des raisons des choix est utile pour ne pas remettre en cause du jour au lendemain la stratégie du système de micro-assurance santé, ou retenir, sans analyse approfondie, des options qui avaient été écartées.

Deuxième raison: ce rapport rassemble également les données collectées. Ces données peuvent être utilisées pour rédiger des études sur la situation sanitaire, économique, sociale, etc., avant la mise en place du système, mais aussi pour réaliser des études d'impact du système en particulier sur la fréquentation des formations sanitaires, les comportements de recours aux soins, les difficultés financières des ménages en cas de maladie ou de maternité, et enfin pour effectuer de nouveaux choix dans le cadre du développement du système sans avoir à organiser de nouveau une collecte de données aussi complète.

Exemple: Si les responsables du système choisissent d'étendre la couverture à de nouveaux services, ils pourront privilégier les services jugés prioritaires par la population cible au cours de l'étude de faisabilité. Toutefois, il est important de réaliser régulièrement de nouveaux sondages ou de nouvelles enquêtes dans la population cible afin de vérifier que le système de micro-assurance santé est toujours en phase avec les besoins et les attentes de celle-ci.

Troisième raison: élaborer un rapport contraint le comité de pilotage à formaliser l'ensemble des éléments de l'étude de faisabilité et de vérifier, avant le démarrage, la cohérence globale du système.

Ce rapport ne doit pas être trop lourd. En revanche certaines informations clés doivent impérativement y figurer: le déroulement de l'étude, ses étapes et ses jalons, les méthodes de collecte et d'animation utilisées, les différents outils de collecte, de calcul et de restitution utilisés (grilles de saisie, formulaires d'entretien, questionnaires d'enquête, grilles de calcul des cotisations, tableaux de rôles, etc.), les valeurs d'un certain nombre d'indicateurs de référence comme le taux de fréquentation, les hypothèses de départ du système telles que le budget prévisionnel et les données statistiques permettant de préparer le calcul des cotisations (probabilités et/ou fréquences, quantités consommées et coûts unitaires).

Pour un exemple de plan chronologique et un exemple de plan thématique du rapport d'étude de faisabilité se reporter à:

► **5.1 – Exemples de plans pour le rapport de l'étude de faisabilité,** tome 2, chapitre 5, page 171.

Le plan d'actions

Le plan d'actions est un document de synthèse qui permet de programmer et de décrire toutes les actions nécessaires au démarrage du système ou à son extension. Le comité de pilotage peut utiliser une méthode participative en associant des représentants de la population cible pour définir, notamment, la stratégie de mise en place ou d'extension du système.

L'élaboration du plan d'actions consiste à :

1. Définir, éventuellement de manière participative, la stratégie de mise en place ou d'extension du système. Celle-ci consiste principalement à répondre aux questions suivantes:
 - Quelles zones (groupes) couvrira le système?
 - Quand sera effectué le démarrage/l'extension?
 - Combien de campagnes de promotion sont prévues?
 - Quels sont les objectifs en termes de nombre d'adhésions des campagnes de promotion?
 - Comment sera effectué le démarrage/l'extension?
2. Rédiger un document qui formalise les réponses à chacune des questions et élaborer le programme correspondant. Pour un exemple de plan d'actions, se reporter à :

► **5.2 – Exemple de plan d'actions**, tome 2, chapitre 5, page 176.

Les statuts et l'organigramme

Les statuts constituent un document de référence décrivant notamment l'objet du système, son organisation, l'articulation entre les différents organes et leurs attributions.

Les statuts jouent plusieurs rôles :

1. Ils fixent l'objectif du système, ainsi que les règles de son organisation (articulation entre les organes, tâches des différents acteurs) et de son financement (notamment règles de révision des cotisations en fin d'exercice).
2. Lorsqu'ils sont approuvés par les autorités compétentes, ils confèrent au système une personnalité juridique*. Le système peut alors ouvrir un compte bancaire, signer des conventions avec des prestataires de soins ou des contrats avec des assurés (dans le cas où le système n'est pas une mutuelle).
3. Ils règlent la vie du système: fréquence des assemblées générales, de la présentation et de l'approbation des rapports d'activité et états financiers, du renouvellement des responsables, etc.
4. Suivant la forme légale du système, ils peuvent fixer les droits et obligations des adhérents (cas d'une mutuelle) ou des apporteurs (cas d'une société commerciale).

Les grandes lignes des statuts sont conditionnées par le cadre institutionnel et légal dans lequel s'inscrit le système de micro-assurance santé. Deux situations peuvent se présenter :

Première situation: Dans certains pays, il existe des lois régissant les mutuelles de santé et/ou les sociétés d'assurances. Ces lois établissent notamment des statuts types auxquels les systèmes de micro-assurance santé doivent se conformer. Au Mali par exemple, le Code de la mutualité fixe les statuts types des mutuelles.

Deuxième situation: Il n'existe pas de législation spécifique. Les systèmes de micro-assurance santé adoptent des statuts conformes aux textes législatifs et réglementaires existants et portant sur les associations, les coopératives, les sociétés commerciales, etc.

L'élaboration des statuts s'effectue en général en plusieurs étapes. A l'issue de l'étude de faisabilité, le comité de pilotage réalise une synthèse des règles d'organisation et de fonctionnement choisies et élabore un projet de statuts en conformité avec la législation. Le projet de statuts est ensuite présenté aux décideurs du système qui se chargent d'adopter les statuts après modifications éventuelles. Cette adoption permet la constitution des organes, l'élection des responsables, la reconnaissance légale du système de micro-assurance santé par le biais de son enregistrement auprès des autorités compétentes et le démarrage des activités. Toute modification ultérieure des statuts doit être ratifiée par l'organe de décision avant d'être enregistrée auprès des autorités compétentes. Dans le cas d'un système participatif, il est parfois nécessaire de convoquer une assemblée générale extraordinaire.

Le processus de modification peut être assez lourd. Aussi est-il prudent de n'aborder que les points essentiels de l'organisation et du fonctionnement dans les statuts. D'autres documents, plus faciles à modifier, peuvent compléter les statuts comme le règlement intérieur ou les contrats.

Les statuts peuvent être aussi complétés par l'organigramme. Il s'agit d'un schéma représentant les différents organes impliqués dans l'administration et la gestion du système de micro-assurance santé ainsi que leurs relations hiérarchiques. Il donne une vision synthétique et imagée de la répartition des responsabilités au sein du système.

Pour un exemple de rédaction des statuts se reporter à:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003, partie 2, chapitre 3, où sont proposés les statuts de la mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar.

Le règlement intérieur ou le contrat

Le règlement intérieur (cas d'une mutuelle)

Seuls les systèmes de micro-assurance santé créés et gérés par et pour leurs adhérents (les mutuelles) ont un règlement intérieur.

Remarque: Dans les mutuelles, les adhérents participent à la gestion à travers l'élection des responsables et les assemblées générales. Les mutuelles sont la propriété collective de leurs adhérents; ceux-ci sont à la fois les assureurs et les assurés. De ce fait, il n'existe pas de contrat formel régissant la relation entre la mutuelle et ses adhérents (on ne peut pas passer de contrat avec soi-même). Cette relation est régie par des droits et obligations fixés par les statuts et le règlement intérieur.

Le règlement intérieur complète les statuts. Il précise un certain nombre de modalités de fonctionnement de la mutuelle.

Le règlement intérieur n'est pas un document nécessaire à la reconnaissance officielle de la mutuelle. Il est, comme son nom l'indique, un document interne qui expose en détail les règles

d'organisation et de fonctionnement. Il constitue ainsi un document de référence permettant de fixer les responsabilités des adhérents et des organes, d'assurer la bonne gestion et la maîtrise des activités. A l'opposé des statuts, la modification du règlement intérieur n'implique pas de démarche auprès de l'administration assurant l'enregistrement du système.

Le règlement intérieur a le même caractère obligatoire que les statuts à condition toutefois que son établissement ait été prévu par ces derniers et que les adhérents en connaissent le contenu au moment de l'adhésion. C'est pour cela que l'adhésion à une mutuelle consiste à accepter les dispositions des statuts et du règlement intérieur.

L'élaboration du règlement intérieur suit plusieurs étapes. A l'issue de l'étude de faisabilité, le comité de pilotage élabore un projet de règlement intérieur à partir de la synthèse des choix concernant le système: règles d'organisation et de fonctionnement, dispositions concernant la couverture et les services, dispositions concernant le paiement des cotisations, etc. Ce projet est ensuite ratifié par l'assemblée générale constitutive de la mutuelle. Toute modification ultérieure du règlement intérieur doit être ratifiée par une assemblée générale.

Pour un exemple de rédaction du règlement intérieur, se reporter à:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003, partie 2, chapitre 3, où est proposé le règlement intérieur de la mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar.

Le contrat

Certains systèmes de micro-assurance santé passent des contrats avec leurs adhérents. On trouve ici la plupart des systèmes gérés par les prestataires de soins mais aussi des systèmes d'assurance commerciale*. Dans la plupart des cas, les adhérents ne sont pas copropriétaires du système mais simplement des clients.

Le contrat est le document qui définit les engagements réciproques des adhérents et du système de micro-assurance santé: modalités d'adhésion, de résiliation et de radiation, dispositions concernant la couverture et les services, dispositions concernant le paiement des cotisations. Le contrat est défini, limité dans le temps, renouvelable et révocable. C'est le contrat qui ouvre droit aux garanties.

Le contrat a un caractère obligatoire: l'adhésion consiste à accepter les dispositions du contrat. Il est signé par chaque adhérent (contrat individuel) ou par chaque groupe d'adhérents (contrat groupe* ou collectif). Les contrats individuels sont en général «standards» c'est-à-dire identiques pour tous les adhérents. Les contrats collectifs sont souvent «sur mesure» c'est-à-dire qu'ils peuvent varier d'une organisation à une autre. Que le contrat soit individuel ou collectif, l'individu adhère non pas au système mais à un contrat.

Remarque: Les mutuelles peuvent passer des accords collectifs avec des organismes (coopérative, syndicat, entreprise) rendant l'adhésion des membres de ces organismes automatique voire obligatoire. Même dans ce cas, l'adhésion à la mutuelle ou à l'association reste une démarche individuelle, au cours de laquelle chaque adhérent souscrit aux statuts et au règlement intérieur. L'accord collectif permet simplement de rationaliser certaines tâches administratives comme la collecte groupée des cotisations, l'envoi groupé des demandes de remboursement, etc.

Le processus d'élaboration des contrats est plus simple que celui du règlement intérieur dans la mesure où les contrats n'ont pas besoin d'être ratifiés par l'éventuelle assemblée générale mais seulement par le représentant légal du système: président ou directeur général.

Pour un exemple de trame de contrat ainsi qu'un exemple de rédaction d'un contrat individuel, se reporter à :

► **5.3 – Modèle de trame et exemple de rédaction d'un contrat d'assurance santé***, tome 2, chapitre 5, page 179.

Les supports de gestion (documents, outils)

Le comité de pilotage peut envisager de mettre en place un système de gestion entièrement manuel. Il peut aussi utiliser un système de gestion informatisé ou un système mixte avec par exemple des outils d'enregistrement « papier » dans les antennes du système et un outil informatique au siège. Les données saisies au niveau des antennes sont, dans ce cas, communiquées régulièrement au service de gestion central qui effectue leur enregistrement informatique.

La préparation des documents et outils de gestion est effectuée à partir des règles de fonctionnement définies au cours de la phase d'élaboration du système de micro-assurance santé. Pour des raisons évidentes, il est important que les principaux documents et outils soient prêts avant le démarrage du système. En outre, il est indispensable que tous les acteurs concernés soient formés à l'utilisation de ces différents supports.

Pour les supports papier, la préparation consiste à concevoir les documents puis à les dupliquer : impression des cartes d'adhérent vierges, factures types, fiches d'enregistrement, etc. Pour les outils informatiques, la préparation consiste à installer un logiciel de gestion clé en main ou à concevoir et développer une application sur mesure.

Les supports relatifs à la gestion des adhésions

Les supports relatifs à la gestion des adhésions doivent permettre d'enregistrer les adhérents et leurs ayants droit, d'effectuer le suivi de la population couverte et de vérifier les droits aux prestations des adhérents et des ayants droit.

Dans un système de gestion manuelle ou « papier », ces supports sont des fiches, des registres, des cartes.

Exemple : La fiche d'adhésion, le registre d'adhésion, le tableau de suivi et la carte d'adhérent.

Dans un système de gestion informatique, certains registres et fiches sont remplacés par des fichiers informatiques appelés tables.

Fonction	Exemples de supports	
	Gestion manuelle	Gestion informatique
Pour enregistrer les adhérents et leurs ayants droit	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche d'adhésion ● La table d'enregistrement des opérations d'adhésion
Pour effectuer le suivi du nombre d'adhérents et d'ayants droit	<ul style="list-style-type: none"> ● Le registre d'adhésion ● Le tableau de suivi des adhésions ● Le calcul manuel d'indicateurs: nombre d'adhérents, taille des familles, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La table des personnes couvertes ● Le calcul automatique d'indicateurs
Pour vérifier les droits aux prestations des patients dans le cas du tiers payant	<ul style="list-style-type: none"> ● La carte d'adhérent 	<ul style="list-style-type: none"> ● La carte d'adhérent ou ● Le listing des adhérents et ayants droit

Pour une présentation détaillée des supports utilisés dans le cadre d'une gestion manuelle, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitre 1, BIT/STEP, 2003.*

Les supports relatifs à la gestion des cotisations

Les supports relatifs à la gestion des cotisations doivent permettre d'enregistrer le paiement de celles-ci, de déceler des retards et d'effectuer le suivi.

Fonction	Exemples de supports	
	Gestion manuelle	Gestion informatique
Pour enregistrer les paiements de la cotisation ou les arriérés au niveau de chaque adhérent	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche de cotisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche de cotisation ● La table d'enregistrement du paiement des droits d'adhésion et des cotisations
Pour effectuer le suivi du paiement des cotisations	<ul style="list-style-type: none"> ● Le registre de cotisation ● Le tableau de suivi des droits d'adhésion et des cotisations ● Le calcul manuel d'indicateurs: niveau d'impayés, taux de recouvrement 	<ul style="list-style-type: none"> ● La table de suivi des relances ● Le calcul automatique d'indicateurs

Pour une présentation détaillée des supports utilisés dans le cadre d'une gestion manuelle, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitre 2, BIT/STEP, 2003.*

Les supports relatifs à la gestion des prestations

Les supports relatifs à la gestion des prestations doivent réduire la survenue de certains risques liés à l'assurance tels que les fraudes, la surconsommation de soins, etc. Ils ne doivent cependant pas être trop nombreux ni trop compliqués, afin de ne pas trop retarder l'accès aux soins.

Selon que le système met en place un système de tiers payant ou un système de remboursement des adhérents après le recours aux services de santé, les supports utilisés pourront être différents (cf. tableau ci-dessous).

Fonction	Exemples de supports	
	Gestion manuelle	Gestion informatique
Cas d'un système de tiers payant		
Pour contrôler les droits avant la réalisation des soins	La lettre de garantie ou l'autorisation de prise en charge	
Pour ordonner et exécuter le paiement des prestataires	L'attestation de soins* et la facture récapitulative* du prestataire	
Cas d'un système de remboursement		
Pour ordonner et exécuter le remboursement des adhérents	Le reçu ou la facture individuelle	
Tous les cas (tiers payant, remboursement)		
Pour contrôler la nature et le coût des services les plus coûteux	La demande d'entente préalable	
Pour enregistrer les informations sur les prestations	Le registre des prestations	<ul style="list-style-type: none"> ● La table des prestations ● Le calcul automatique d'indicateurs
Pour effectuer le suivi de la consommation de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Le tableau de suivi des prestations ● Le calcul manuel d'indicateurs: coût unitaire moyen, quantité consommée, etc. 	

Pour une présentation détaillée des supports utilisés dans le cadre d'une gestion manuelle, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitre 3, BIT/STEP, 2003.*

Le manuel de procédures

Le manuel de procédures est un document qui décrit pour chaque opération de gestion les activités à réaliser, les tâches des acteurs impliqués et les supports de gestion à utiliser.

Les procédures de gestion doivent être définies notamment pour les opérations d'adhésion, de modification de l'adhésion, de résiliation, de recouvrement des droits d'adhésion, d'émission des cotisations, de recouvrement des cotisations, d'entente préalable, de remboursement des assurés hors tiers payant, de paiement des prestataires dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant.

A chaque opération correspondent des règles d'enregistrement des données, des contrôles à effectuer (par exemple avant le règlement des prestations il faut vérifier l'encours de droits de la personne couverte) et des règles d'émission de documents ou d'ordres de paiement.

Le manuel de procédures peut aussi décrire l'ensemble des règles à respecter pour effectuer le suivi des adhésions, des cotisations et des prestations. Il explique dans ce cas les contrôles à effectuer et les indicateurs à calculer, les mesures à prendre en cas de dérapage, les fréquences des contrôles et des calculs.

Le manuel de procédures remplit plusieurs fonctions: 1) il fournit un cadre de référence qui permet d'éviter les oublis; 2) il facilite la connaissance par tous les acteurs des tâches de chacun; 3) il constitue un document de base pour la formation des nouveaux responsables et du personnel du système de micro-assurance santé.

Le manuel de procédures, rédigé à l'issue de l'étude de faisabilité, n'est pas un document figé. Il devra évoluer notamment avec les modifications du système et son développement.

Le manuel de procédures peut comporter:

- le rappel des objectifs du système de micro-assurance santé et, si nécessaire, les principaux articles des statuts et du règlement intérieur se rapportant aux procédures de gestion;
- pour chaque opération, une description des activités, des tâches des acteurs impliqués et des supports de gestion utilisés.
- pour chaque pôle de gestion (adhésions/cotisations/prestations) les règles à suivre pour effectuer le suivi de l'activité: contrôles à effectuer, indicateurs à calculer, mesures à prendre en cas de dérapage, fréquences des contrôles et des calculs.

Pour une présentation détaillée des procédures de gestion et de suivi, consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitres 1 à 4, BIT/STEP, 2003.*

Les conventions avec les prestataires de soins

Une convention est un contrat passé entre le système de micro-assurance santé et un prestataire de soins, qui décrit les engagements réciproques des deux parties et, plus précisément, formalise les mécanismes de prise en charge (avec ou sans tiers payant), de paiement (paiement forfaitaire, à l'acte, tarifs «conventionnés»), de contrôle ainsi que les normes de qualité (protocoles thérapeutiques, objectifs de qualité à respecter).

Les contenus des conventions sont définis petit à petit au cours de la phase d'élaboration du système par le comité de pilotage en collaboration étroite avec les responsables des formations sanitaires concernées.

Remarque: Certains systèmes, qui pourtant passent des accords avec les prestataires de soins, n'élaborent pas pour autant de conventions écrites. La rédaction de conventions n'est donc pas nécessaire pour mettre en place des accords avec les prestataires. Cependant, elle présente l'avantage de préciser l'accord et de servir de référence en cas de contentieux si l'une des parties ne respecte pas ses engagements.

Selon les cas, un texte standard et commun à toutes les formations sanitaires ou plusieurs textes (un par formation sanitaire) sont préparés. Le recours à des conventions standards permet de réduire le temps de rédaction; il permet de simplifier le suivi du respect des conventions et la gestion des avenants.

La convention doit être validée par les organes de décision du système de micro-assurance santé. La validation du texte de la convention peut, du côté de l'offre de soins, impliquer les responsables des formations sanitaires, leurs comités de gestion et les organismes de tutelle des formations sanitaires. Le texte peut enfin être visé par d'autres acteurs qui peuvent cautionner ou accompagner la démarche de contractualisation: structures d'appui, unions de mutuelles, etc.

Les signataires de la convention sont généralement, du côté du système de micro-assurance santé, le président ou le directeur général et du côté de la formation sanitaire concernée, le responsable, ou – s'il n'en a pas le pouvoir – son supérieur hiérarchique (responsable de l'organisme de tutelle).

Pour un exemple de trame de convention avec un prestataire de soins et un exemple de convention rédigée se reporter à:

► **5.4 – Modèle de trame et exemple de rédaction d'une convention avec l'offre de soins**, tome 2, chapitre 5, page 184.

Index des tomes 1 et 2

	Tome 1	Tome 2
Adhérent	74-76	1, 4, 13-15, 163-164, 180-184
Adhésion	73-78	4, 7, 163-169, 181
Ayant droit		1, 4, 13, 180-181
Budget	28, 85	31, 117, 156, 165-169
Capacité contributive	61, 63	4
Charge de sécurité	57, 59	18, 44, 149-151, 155-157, 168-169
Collecte de données	31-44	26, 33, 56, 71
Comité de pilotage	21-24, 42, 87	5, 56-57, 59, 61, 64, 66, 71
Contrat	90-92	5, 179-184
Convention	96	6, 53, 184-190
Copaiement	54, 63, 65	6, 129-131, 150, 152
Cotisation	1, 19-21, 54-57, 63-64, 78-80	6-7, 43, 51-52, 85, 107-112, 129-159
Couple prestations/ cotisations	61-65	7, 150-151, 172
Disposition à payer	61, 63, 80	7, 52, 70, 109-112, 159, 162
Echantillon	42	7, 59-61, 71, 93, 96
Enquête	40-42	57, 66-71, 85-88, 101-103
Entente préalable	81, 94	8, 13
Entretien	39-42	57, 61-66
Etude de faisabilité	7-13	9
Formule de couverture	50-51, 54-55	11, 126, 150-151
Forfait	54, 67-69	10, 14-15, 107, 116, 129, 139-140
Franchise		11, 92, 130-131, 140-144, 152, 154
Fréquence	55, 58-59, 62	12, 18, 49-50, 58-59, 68-69, 101-106, 144-145
Garantie	50	10, 12-13, 48, 92, 94, 96, 98, 129-144, 153-155

	Tome 1	Tome 2
Gestion		12, 56, 98
- Frais de gestion/Coûts de fonctionnement	57, 60	18, 51, 107, 117, 168-169
- Procédure de gestion	71-73, 82-83, 95	19, 163-164
- Support/Outil de gestion	82, 87, 92-95	91, 93, 98, 106, 163-164, 178
Mode de paiement	50-54, 66-69	14-15, 53-54, 107, 116, 157, 160
Niveau de prise en charge	54-56, 58, 61	15, 44, 134, 136, 138-140, 142
Période d'attente	27, 73, 77, 80	16, 23, 146-147, 168-169
Personne à charge	73, 75, 78-79	4, 16
Plan d'actions	87, 89	176-177
Population cible	10, 19-21, 29, 35, 42, 47-48	17, 26, 36-38, 41-43, 73, 75, 121-122
Prestataire de soins	9-10, 35-36, 66-69, 96	6, 17, 39-40, 53, 62-68, 76-78, 112-115, 127, 160
Prime pure	55-60	18, 43-44, 85-106, 131-149, 151-155, 168-169
Probabilité	20-21, 36, 55, 58-59	19, 44-46, 58-59, 68-69, 85-91, 132-133, 149-150, 153-155
Protocole thérapeutique	51, 66-67, 81, 96	19, 53-54, 160-161
Rapport de l'étude de faisabilité	26, 87-88	171, 173-175
Règlement intérieur	71, 76, 78, 87, 90-92	20
Risque de santé	21, 59, 62-63, 69, 83-84	21-22, 27, 124, 148
Risque de surprescription	62-65, 68, 81, 83-84	21-22, 148-149
Risque moral	62-65, 68, 81, 83-84	22, 148-149, 151
Scénario	55-56, 61-62, 64	150, 152, 172
Sélection adverse	61-62, 65, 77, 80, 83	22, 148-149, 151
Service de santé	19, 35, 48-50, 54, 67	24, 41-42, 62, 69-70, 78-84, 122-124
Statuts	87, 89-91, 95	23
Subvention	11, 61	53, 116, 159, 165
Ticket modérateur	54, 58, 64-65	24, 100, 129, 137-139
Tiers payant	53, 66-67, 69, 96	24, 43, 53, 84-85, 128-129, 146, 157-158, 161, 168-169

Bibliographie

BIT. 2002: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).

BIT-STEP; CIDR. 2001: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève).

BIT-STEP. 2003: *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique* (Genève).

HENRIET, Dominique; ROCHET, Jean-Charles. 1991: *Micro-économie de l'assurance*, Economica (Paris).

HENRY, Alain; MONKAM-DAVERAT, Ignace. 2002: *Rédiger les procédures de l'entreprise*, Editions d'organisation (Paris), 3^e édition.

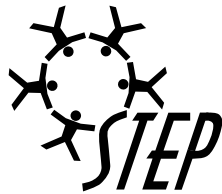
QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc. 1995: *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod (Paris), 2^e édition.

PETAUTON, Pierre. 2000: *Théorie de l'assurance dommages*, Dunod (Paris).

SIMONET, Guy. 1998: *La comptabilité des entreprises d'assurance, Les fondamentaux de l'assurance*, Comptabilité-Gestion, L'Argus Editions (Paris), 5^e édition.

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Tome 2: Outils



Le programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT) intervient dans deux domaines thématiques interdépendants: extension de la protection sociale aux exclus et approches intégrées d'inclusion sociale.

STEP appuie la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues, notamment de l'économie informelle. STEP travaille en particulier sur les systèmes basés sur la participation et l'organisation des exclus. Il œuvre également au renforcement des liens entre ces systèmes et les autres mécanismes de protection sociale. Il soutient ainsi la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale cohérents basés sur les valeurs d'efficacité, d'équité et de solidarité.

STEP situe son action en matière de protection sociale dans le cadre plus large de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'attache en particulier à une meilleure compréhension des phénomènes d'exclusion sociale et au renforcement, sur le plan méthodologique et stratégique, des approches visant à réduire ce problème. STEP met l'accent dans ce domaine sur les articulations entre les niveaux locaux et nationaux tout en contribuant aux travaux et agendas internationaux.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: réalisation d'études et de recherches, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, exécution de projets sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, formation et mise en réseaux des acteurs.

L'action du programme s'inscrit dans l'intervention plus large du Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale et en particulier dans la Campagne mondiale sur la Sécurité sociale et la Couverture pour tous.

Programme STEP

Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale

Bureau international du Travail

4, route des Morillons

CH-1211 Genève 22, Suisse

Tél. (41 22) 799 65 44

Fax (41 22) 799 66 44

E-mail: step@ilo.org

Internet: www.ilo.org/step

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Tome 2: Outils

Copyright © Organisation internationale du Travail 2005
Première édition 2005

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2005

Guide, assurance-maladie, participation de la communauté, gestion, évaluation. 02.07.1

ISBN Tome 1: 92-2-216571-3

ISBN Tome 2: 92-2-216572-1

ISBN Tome 1 et 2: 92-2-216573-X

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/publns

Remerciements

Ce guide a été produit par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale du BIT. Il est basé notamment sur le travail des experts nationaux du programme qui ont considérablement enrichi le contenu de ce guide. De nombreux autres acteurs du développement des systèmes de micro-assurance santé ont collaboré à sa production. Le programme STEP remercie chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur appui.

Si vous souhaitez faire parvenir vos commentaires, vos critiques, les résultats de vos travaux ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

BIT/STEP

Service Politiques et Développement
de la Sécurité sociale
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél. (41 22) 799 65 44
Fax (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
Internet: www.ilo.org/step

Avertissement

Ce tome 2 propose des outils qui peuvent être utilisés aux différentes phases et étapes de la conduite d'une étude de faisabilité: des définitions, des cas pratiques, des listes de questions, des listes d'informations, des exemples de supports de collecte, le détail de certaines méthodes de calcul, des modèles de plan et des exemples de rédaction de documents.

Le tome 2 a un rôle illustratif. Ainsi l'utilisateur pourra peut-être se passer de certains des outils proposés; il pourra également personnaliser ces outils ou en créer de nouveaux.

Le tome 2 est structuré en chapitres. Le chapitre 1 comporte le lexique. Le chapitre 2 vient en appui au chapitre 2 du tome 1; il propose des outils utilisables dans le cadre de la phase initiale pour préparer et planifier l'étude de faisabilité. D'une manière analogue, le chapitre 3 vient en appui au chapitre 3 du tome 1 en proposant des outils utilisables dans le cadre de la phase de collecte des données. Le chapitre 4 vient en appui au chapitre 4 du tome 1 en proposant des outils pour définir le système de micro-assurance santé. Enfin, le chapitre 5 vient en appui au chapitre 5 du tome 1 en proposant des outils pour préparer la mise en place du système.

Le tome 2 n'a pas été conçu pour être lu de manière linéaire du début à la fin. Il est construit selon une **logique de boîte à outils** dans laquelle chacun peut aller chercher l'outil dont il a besoin en fonction de ses préoccupations du moment. L'utilisateur pourra rechercher rapidement une information particulière à partir de la table des matières ou de l'index. Le tome 2 peut aussi être utilisé pour approfondir certaines parties du tome 1 en suivant les renvois effectués depuis le tome 1 vers le tome 2.

Table des matières

Liste des sigles	XIII
1. Lexique technique	1
2. Outils pour préparer et programmer l'étude de faisabilité	25
2.1 Les séances de discussion	25
2.2 La programmation de l'étude.	29
2.3 La préparation du budget prévisionnel de l'étude de faisabilité.	31
3. Outils pour effectuer la collecte et l'analyse des données	33
3.1 Listes des informations à collecter par objectif	33
3.1.1 Listes des informations à collecter pour l'objectif 1 «Connaître le contexte»	34
3.1.2 Listes des informations à collecter pour l'objectif 2 «Préparer le choix de la population cible»	36
3.1.3 Listes des informations à collecter pour l'objectif 3 «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires»	39
3.1.4 Listes des informations à collecter pour l'objectif 4 «Préparer le choix des services de santé à couvrir»	41
3.1.5 Listes des informations à collecter pour l'objectif 5 «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant»	43
3.1.6 Listes des informations à collecter pour l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible»	43
3.1.7 Listes des informations à collecter pour l'objectif 7 «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires»	51
3.1.8 Listes des informations à collecter pour l'objectif 8 «Evaluer la disposition à payer de la population cible»	52
3.1.9 Listes des informations à collecter pour l'objectif 9 «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques»	53
3.1.10 Listes des informations à collecter pour l'objectif 10 «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système»	55
3.2 Exemples de supports de collecte de l'information	56
3.2.1 Exemple de grille pour collecter des données dans les rapports d'activité et registres des formations sanitaires	57

3.2.2	<i>Exemple de fiche de suivi d'un échantillon de patients</i>	59
3.2.3	<i>Exemple de formulaire d'entretien avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</i>	61
3.2.4	<i>Exemple de formulaire d'entretien avec les autorités sanitaires.</i>	64
3.2.5	<i>Exemple de questionnaire d'enquête auprès des ménages</i>	66
3.3	<i>Taille de l'échantillon pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages</i>	71
3.4	<i>Exemples de transformation des données collectées en données exploitables</i>	71
3.4.1	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 1 «Connaître le contexte»</i>	73
3.4.2	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 2 «Préparer le choix de la population cible»</i>	73
3.4.3	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 3 «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires»</i>	76
3.4.4	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 4 «Préparer le choix des services de santé à couvrir»</i>	78
3.4.5	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 5 «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant»</i>	84
3.4.6	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible»</i>	85
3.4.7	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 7 «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires».</i>	107
3.4.8	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 8 «Evaluer la disposition à payer de la population cible»</i>	109
3.4.9	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 9 «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques»</i>	112
3.4.10	<i>Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 10 «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système».</i>	117
4.	Outils pour définir le système de micro-assurance santé.	119
4.0	<i>Les séances d'animation</i>	120
4.1	<i>Choix de la population cible.</i>	121
4.2	<i>Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture</i>	122
4.3	<i>Choix des prestataires de soins partenaires</i>	127
4.4	<i>Choix du tiers payant: Pour quels services? Pour quels prestataires de soins?</i>	128
4.5	<i>Choix des formules de couverture et calcul des cotisations correspondantes</i>	129

4.5.1	Liste des copaiements	129
4.5.2a)	Calcul de la prime pure à partir des dépenses de santé de la population cible	131
4.5.2b)	Calcul de la prime pure à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires	145
4.5.3	Correction de la prime pure	145
4.5.4	Calcul de la charge de sécurité	149
4.5.5	Exemple de grille de calcul des cotisations	150
4.5.6	Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique)	151
4.5.7	Calcul de la disposition à payer	159
4.6	Préparation des négociations ou accords avec les différentes organisations partenaires (prestataires de soins et autres)	160
4.7	Choix de l'organisation du système	161
4.8	Choix des modalités de fonctionnement du système	162
4.9	Elaboration du budget prévisionnel	165
5.	Outils pour préparer la mise en place du système	171
5.1	Exemples de plans pour le rapport de l'étude de faisabilité.	171
5.2	Exemple de plan d'actions	176
5.3	Modèle de trame et exemple de rédaction d'un contrat d'assurance santé.	179
5.4	Modèle de trame et exemple de rédaction d'une convention avec l'offre de soins	184

Liste des sigles

ASBL	Association sans but lucratif
BIT	Bureau international du Travail
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CPN	Consultation prénatale
DCI	Dénomination commune internationale
DTC 1	Première dose du vaccin antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheux
FNPC	Fédération nationale des producteurs de café
MAS	Micro-assurance santé
OIT	Organisation internationale du Travail
ONG	Organisation non gouvernementale
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UM	Unité monétaire

1. Lexique technique

Accès aux soins ou aux services de santé

C'est la possibilité qu'a la population d'utiliser les soins ou services de santé. Pour que l'ensemble de la population puisse accéder à ces soins ou services, il faut que soient levés des obstacles notamment économiques, financiers, culturels et d'indisponibilité de l'offre de soins lorsque celle-ci est inexistante ou saturée. La mise en place d'un système de micro-assurance santé facilite l'accès aux soins et services de santé en levant certaines barrières financières. En revanche, elle ne résout pas toujours les problèmes d'accessibilité géographique et culturelle.

L'accessibilité géographique

L'accès de la population d'un village à des soins de santé de qualité acceptable peut être limité par la distance qui sépare le village des prestataires de soins ou par l'absence de système de transport organisé.

L'accessibilité culturelle

L'accès aux soins et le choix de l'itinéraire thérapeutique peuvent, pour une part, être dictés par des représentations sociales, les attitudes vis-à-vis de la maladie et de la maternité, les stratégies familiales et communautaires en matière de prise en charge de la maladie et de la maternité.

Acte

C'est une prestation médicale délivrée par le personnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) et «consommée» par un patient. Les systèmes de micro-assurance santé peuvent couvrir des actes, des regroupements d'actes, garantir un forfait par épisode de maladie, etc.

Exemples d'actes: Consultation, analyse biologique, «pharmacie» (c'est-à-dire délivrance de médicaments prescrits), accouchement par voie basse, intervention chirurgicale.

Adhérent

C'est une personne qui s'affilie au système de micro-assurance santé, s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur (cas d'une mutuelle) ou les dispositions du contrat (cas d'un système de micro-assurance santé qui ne prévoit pas de participation des assurés à la gestion), et à verser ses cotisations. L'adhérent peut bénéficier des services du système et en faire bénéficier certains membres de sa famille, qui dépendent directement de lui et que l'on appelle ayants droit ou personnes à charge. Les adhérents et les ayants droit constituent les personnes couvertes du système ou ses bénéficiaires.

➔ voir aussi **Ayant droit**

L'adhérent peut également être appelé selon le type de système «membre», «titulaire», «assuré» ou «sociétaire». Les termes «adhérent» ou «membre» sont plus souvent utilisés dans les systèmes de micro-assurance santé qui reposent sur une participation significative des assurés à la gestion. Le terme «assuré» est un terme générique qui englobe tous les autres; il est dans la pratique utilisé principalement par les sociétés d'assurances commerciales. Toutes ces notions sont équivalentes du point de vue de la mutualisation des risques.

Aire d'attraction d'une formation sanitaire

C'est la population réellement couverte par une formation sanitaire. L'aire ou rayon d'attraction d'une formation sanitaire est à distinguer de son aire de responsabilité (ou aire administrative) au sein de laquelle elle est responsable des soins de santé curatifs, préventifs et promotionnels.

Exemple: Un centre de santé communal couvre en théorie la population des villages et hameaux de toute cette commune. En réalité, la population réellement couverte ne constitue qu'une partie de celle de la commune et/ou s'étend parfois au-delà des limites de celle-ci, en raison essentiellement des facteurs géographiques et de la perception de ce centre de santé par les usagers.

Antisélection → voir **Sélection adverse**

Assemblée générale

C'est le principal organe de décision d'un système de micro-assurance santé lorsque celui-ci est géré de manière participative. Dans le cas d'une mutuelle, d'une coopérative, d'une association, l'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents ou leurs représentants. Dans le cas d'une société par capital elle regroupe l'ensemble des actionnaires. L'assemblée générale détermine les objectifs du système et sa politique générale.

Association

C'est un groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Au contraire des sociétés commerciales, les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.

Exemples: Association de producteurs, de consommateurs, de défense des droits de l'homme, association sportive, culturelle, etc.

Assurance

C'est un mécanisme de couverture contre les conséquences financières de certains événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces événements appelés également risques. L'assurance repose sur 1) le paiement préalable – c'est-à-dire avant la réalisation des risques – de cotisations, 2) le partage des risques et 3) la notion de garantie. Les cotisations des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un certain nombre de risques précisément déterminés. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations, obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière. Ils renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer.

Dans le langage courant, l'assurance peut désigner le contrat, qui garantit des prestations définies en cas de survenue d'un risque précis contre le paiement de cotisations par l'assuré. L'assurance peut aussi désigner l'entreprise ou l'organisation qui gère des contrats d'assurance.

Assurance commerciale

C'est un système de couverture contre les conséquences financières de certains risques, qui est matérialisé par un contrat géré par une entreprise à but lucratif. Le contrat est passé entre un assureur et un assuré (individu ou groupe). En contrepartie du versement de cotisations (appelées aussi primes), l'assureur garantit à l'assuré un niveau de prise en charge des dépenses occasionnées par la survenue d'un risque déterminé: incendie, inondation, vol, accident, maladie, perte de récoltes, etc.

Assurance de groupe (ou contrat groupe ou contrat collectif)

C'est un contrat d'assurance passé entre un assureur et un groupe de bénéficiaires: les salariés d'une entreprise, les membres d'une association, d'une coopérative, d'un syndicat, etc. Le contrat offre une couverture d'assurance le plus souvent dans les domaines des soins de santé, des pensions de retraite, de l'incapacité et de l'invalidité ou en cas de décès.

Assurance maladie obligatoire

C'est un système légal et obligatoire de prise en charge, par la collectivité, des dépenses de santé des individus, dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'Etat.

Assurance santé complémentaire

C'est un système facultatif de prise en charge des dépenses de santé non couvertes par le régime de sécurité sociale, organisé par une initiative privée, le plus souvent une mutuelle ou une compagnie d'assurance.

Assuré → voir **Adhérent**

Attestation de soins

C'est un document délivré par le prestataire de soins au patient attestant qu'il a été soigné et indiquant, entre autres, le montant payé par le patient et celui à facturer au système de micro-assurance santé. L'attestation de soins est utilisée dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant, pour prouver que les soins ont été dispensés au patient et que celui-ci a bénéficié du tiers payant sur la part des dépenses de santé prise en charge par le système de micro-assurance santé.

Autorités sanitaires

Ce sont les structures ou les responsables de santé publique ayant en charge une zone géographique: préfecture, région, pays. Les autorités sanitaires se distinguent des prestataires publics de soins par leur mandat qui n'est pas d'offrir des services de santé mais généralement de promouvoir la santé et de réguler le secteur.

Aversion au risque

C'est le caractère d'un individu qui n'aime pas l'incertitude. Plus l'individu éprouve une aversion pour le risque, plus il est prêt à payer cher pour bénéficier d'une couverture d'assurance.

Ayant droit

C'est une personne qui, sans être adhérente au système de micro-assurance santé, bénéficie de ses services, en raison de son lien de parenté avec un adhérent. Certains systèmes acceptent comme ayant(s) droit le (ou les) conjoint(s) et les enfants jusqu'à un certain âge; d'autres incluent également les ascendants (parents, grands-parents de l'adhérent), voire les collatéraux (frères et sœurs de l'adhérent). Les ayants droit doivent être inscrits comme tels par l'adhérent au moment de l'adhésion, ou ultérieurement dans le cas d'un mariage ou d'une naissance. Lorsque l'adhérent n'est plus membre du système, la couverture des ayants droit cesse également.

→ Synonyme: **Personne à charge**

Bénéficiaire

C'est une personne, qui au titre d'adhérent ou d'ayant droit, bénéficie des services du système de micro-assurance santé.

→ Synonyme: **Personne couverte**

Capacité contributive

C'est le montant qu'une personne est capable de payer pour bénéficier d'une couverture d'assurance. La capacité contributive est toujours supérieure ou égale à la disposition à payer.

→ voir **Disposition à payer**

Capitation

→ voir **Paiement forfaitaire**

Carte d'adhérent

C'est un document qui matérialise l'adhésion d'un individu au système de micro-assurance santé. Elle peut comporter les noms, prénoms, dates de naissance et éventuellement photos de l'adhérent et des ayants droit. La présentation de la carte permet à une personne couverte de bénéficier d'accords tarifaires ou du tiers payant auprès des prestataires de soins partenaires du système de micro-assurance santé.

Code

C'est l'ensemble des textes de lois et des décrets d'application régissant l'activité d'assurance dans un pays donné.

Exemple: Certains pays disposent d'un code de la mutualité qui régit l'activité des mutuelles; et d'un code des assurances qui régit celle des sociétés d'assurance commerciale.

Comité de pilotage

C'est l'équipe chargée des orientations stratégiques et techniques d'un projet et du suivi de son avancement.

Comité d'exécution

C'est l'organe exécutif d'un système de micro-assurance santé; il est généralement composé de membres élus au sein du conseil d'administration. Il s'agit souvent de l'organe le plus actif du système car c'est lui qui supervise et organise l'ensemble des activités.

Comité de surveillance

C'est l'organe de contrôle d'un système de micro-assurance santé; il a pour mission de contrôler la gestion, le respect des procédures et d'en rendre compte aux autres organes du système.

Remarque: La fonction de contrôle peut aussi être assurée par un organe extérieur: commissaire aux comptes, auditeur externe, etc.

Conseil d'administration

C'est l'un des organes de décision d'un système de micro-assurance santé lorsque celui-ci comporte une assemblée générale et est géré de manière démocratique. Il est composé de membres élus par l'assemblée générale et il a pour mandat de mettre en application la politique générale du système de micro-assurance santé, décidée par l'assemblée générale. Il peut être secondé par le comité d'exécution ou comité exécutif qui est chargé d'appliquer les décisions et de gérer le système au quotidien.

Contrat d'assurance santé

C'est un accord passé entre le système de micro-assurance santé et un individu (l'adhérent) ou un groupe d'individus (entreprise, syndicat), consistant, pour le système, à couvrir certaines dépenses de santé des individus concernés en échange du paiement régulier d'une cotisation. Le contrat est défini, limité dans le temps, renouvelable et révocable. Les systèmes de micro-assurance santé qui ne prévoient pas de participation des assurés à la gestion passent généralement des contrats avec leurs membres: les systèmes gérés par des prestataires de soins, les entreprises commerciales d'assurances. A l'inverse, les mutuelles de santé ne passent pas de contrats avec leurs adhérents. Les relations qu'elles entretiennent avec ces derniers sont régies par des droits et obligations fixés dans les statuts et le règlement intérieur.

Contrat groupe ou contrat collectif → voir **Assurance de groupe**

Contrôle social

C'est un mécanisme de contrôle interne, induit par l'existence de relations sociales entre les adhérents.

Exemple: Le fait que les adhérents vivent à proximité les uns des autres et se connaissent permet de limiter les fraudes et les abus, ou de réduire la consommation injustifiée de soins de santé.

Convention entre un système de micro-assurance santé et un prestataire de soins

C'est un accord conclu entre un prestataire de soins et un système de micro-assurance santé, qui permet notamment de définir les services couverts, les tarifs à appliquer, les normes de qualité à respecter, le montant et les modalités de paiement. Les conventions doivent garantir, aux personnes couvertes, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu à l'avance.

Coopérative

C'est une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement (Extrait de la Recommandation n° 193 concernant la promotion des coopératives de l'Organisation internationale du Travail, 2002).

Copaiement

C'est la part du coût ou de la quantité utilisée d'un service de santé couvert, qui n'est pas prise en charge par le système de micro-assurance santé.

Exemple: Si le système de micro-assurance santé couvre 100% des dépenses de consultation limitées à 400 UM par consultation, et qu'une consultation coûte 600 UM, le montant pris en charge est de 400 UM et le copaiement de 200 UM.

L'instauration de copaiements permet de réduire les coûts du système de micro-assurance santé, dans la mesure où le niveau moyen de prise en charge est plus faible et parce que les assurés – qui doivent «mettre de l'argent de leur poche» – sont incités à limiter leur consommation de soins de santé au strict nécessaire. Cependant, si les niveaux de copaiement sont trop élevés, le système peut ne pas résoudre le problème d'accessibilité financière des services de santé.

Pour des exemples de copaiements → voir **Forfait, Franchise en nombre, Franchise monétaire, Limitation en nombre de jours, de cas ou de séances, Ticket modérateur**

Cotisation

C'est une somme d'argent déterminée, périodiquement versée par l'adhérent au système de micro-assurance santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier ses ayants droit. Le montant de cotisation payé par une famille peut dépendre du nombre de personnes couvertes, de leurs caractéristiques (âge, sexe, lieu d'habitation, profession) et du revenu de la famille. Les cotisations sont la principale ressource financière du système et doivent lui permettre de couvrir ses coûts: dépenses liées à la prise en charge des dépenses de santé, frais de fonctionnement, constitution de réserves financières, etc. La cotisation peut aussi être appelée «prime». Ce terme est principalement utilisé par les sociétés d'assurances commerciales.

La cotisation d'un individu est égale à la somme des cotisations calculées pour chaque service de santé. La cotisation individuelle correspondant à un service de santé, est elle-même la somme de plusieurs éléments: la prime pure corrigée, la charge de sécurité, les coûts unitaires de fonctionnement et l'excédent unitaire.

Couple prestations/cotisations

C'est l'ensemble constitué d'une part par les prestations du système de micro-assurance santé (services couverts et niveaux de prise en charge + services auxiliaires) et d'autre part par les cotisations correspondantes. On parle de «couple» car ces deux notions sont liées: plus le nombre de services couverts et les niveaux de prise en charge sont importants plus la cotisation correspondante est élevée.

Crédit santé

C'est un crédit destiné au financement des dépenses de santé. Le crédit santé fait souvent l'objet de conditions d'octroi et de délais de remboursement différents de ceux appliqués aux autres formes de crédit. Une organisation qui met en place un système de micro-assurance santé peut parallèlement instaurer un système de crédit santé pour permettre le financement de frais de santé non couverts par le système de micro-assurance santé ou dont la prise en charge est plafonnée, ou pour permettre aux assurés de préfinancer leurs dépenses de santé en l'absence de mécanisme de tiers payant.

Délai de carence → voir **Période d'attente**

Disposition à payer

C'est le montant qu'une personne est prête à payer pour bénéficier d'une couverture d'assurance. La disposition à payer dépend à la fois du niveau de revenu des personnes et de leur perception des risques: plus une personne éprouve une aversion pour le risque plus sa disposition à payer pour une couverture d'assurance contre ce risque est élevée. La disposition à payer est toujours inférieure ou égale à la capacité contributive. Dans un contexte de pauvreté cependant, les niveaux de capacité contributive et de disposition à payer sont tous deux très faibles et tendent à se confondre.

→ voir **Capacité contributive**

Droit d'adhésion

C'est une somme d'argent versée par le nouvel adhérent au moment de son inscription au système de micro-assurance santé. Elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission. Le droit d'adhésion est également appelé droit d'entrée, d'inscription ou d'admission.

Echantillon représentatif

C'est un groupe de personnes appartenant à une population qui respecte la même structure que la population totale: mêmes proportions d'hommes, de femmes, de jeunes, de personnes âgées, d'actifs, d'inactifs, etc. L'échantillon représentatif doit en outre respecter une taille minimale qui dépend de la taille de la population cible et de son homogénéité.

Echelon des infrastructures sanitaires (ou de la pyramide sanitaire)

C'est l'ensemble des infrastructures de santé dont les fonctions sont identiques. Les dispensaires, postes et centres de santé ou cabinets médicaux constituent généralement le premier échelon; les hôpitaux préfectoraux ou de zone le deuxième échelon; les hôpitaux régionaux et universitaires le troisième échelon. Un système de référence obligatoire existe souvent pour passer d'un échelon à l'autre de la pyramide, sauf en cas d'urgence.

→ voir **Pyramide sanitaire, Référence obligatoire**

Entente préalable

C'est un mécanisme de contrôle effectué avant que le patient, couvert par le système de micro-assurance santé, ait recours aux soins. Le patient doit - avant la réalisation des soins - faire remplir par le prestataire de soins un formulaire de demande d'entente préalable. Celui-ci mentionne notamment la nature des soins et leur coût. Il remet ensuite cette demande au système de micro-assurance santé qui statue sur le cas et émet un accord de prise en charge ou un refus. La procédure de demande d'entente préalable permet au système de micro-assurance santé d'exercer un certain contrôle sur les actes et les tarifs pratiqués, dans la mesure où il se réserve le droit de refuser la demande. Elle concerne généralement des actes coûteux et ne revêtant pas de caractère d'urgence, comme la lunetterie ou les interventions chirurgicales programmées.

Epargne santé

C'est un ensemble de mécanismes qui permet aux adhérents de mettre de l'argent de côté en prévision de dépenses de santé à venir ou de payer des soins futurs à un moment où ils disposent de revenus suffisants.

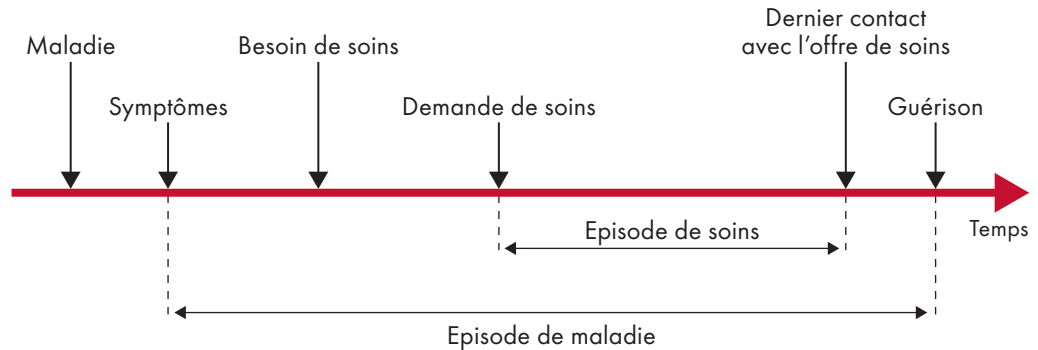
Exemples: L'épargne santé individuelle, la carte d'abonnement, le paiement anticipé forfaitaire (prépaiement) de certaines prestations, notamment des soins maternels et infantiles.

Ces mécanismes peuvent être avantageux pour des personnes qui ont des revenus irréguliers et qui par conséquent sont susceptibles d'être confrontées à des dépenses de santé à un moment où elles ne disposent pas de ressources suffisantes. En cas de maladie ou de maternité, ces personnes ne pourront cependant consommer des soins qu'à hauteur du montant qu'elles auront épargné ou «prépayé». La prévoyance est individualisée. Contrairement à l'assurance, il n'y a pas de mise en commun de ressources pour affronter les risques. L'épargne santé peut cependant être utilisée comme mécanisme complémentaire à la couverture d'assurance. Elle peut, par exemple, être consacrée aux petits risques tandis que l'assurance couvre les gros risques.

→ voir **Prépaiement**

Episode de maladie

C'est une période qui commence à l'apparition des premiers symptômes de la maladie et qui se termine à la guérison du malade. L'épisode de maladie peut comporter un ou plusieurs épisodes de soins.



Episode de soins

C'est une période qui commence lors du premier contact avec le prestataire de soins pour un besoin de santé précis et qui se termine lors du dernier contact pour ce même motif.

Etude de faisabilité

C'est la première étape de tout projet de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé. Elle a pour objectifs: 1) de vérifier la pertinence du futur système de micro-assurance santé, pour savoir s'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte; 2) de définir pour le futur système des caractéristiques qui lui permettent d'être viable et de favoriser son développement; 3) de décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins.

Excédent

C'est la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les produits sont supérieurs aux charges. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme «bénéfice» ou «gain».

Exercice comptable

C'est la période sur laquelle sont établis les états financiers. Le choix de l'exercice est généralement soumis à une réglementation. Souvent, il correspond à une année civile.

Facture récapitulative

C'est une facture qu'une formation sanitaire, qui a passé un accord de tiers payant avec un système de micro-assurance santé, envoie au système à intervalle régulier afin de se faire rembourser. La facture récapitulative comporte les montants des soins délivrés aux personnes couvertes durant la période considérée. Elle permet au système de micro-assurance santé de payer le prestataire, après avoir contrôlé que les informations de la facture sont en adéquation avec les lettres de garantie et les attestations de soins.

Fédération de systèmes

C'est l'association de plusieurs systèmes ou unions de systèmes de micro-assurance santé. La fédération joue le plus souvent un rôle de représentation des systèmes et de promotion de la protection sociale.

→ voir **Union de systèmes de micro-assurance santé**

Fonds de garantie

C'est un fonds auquel un système de micro-assurance santé peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement le fonds de garantie intervient sous forme de prêt au système de micro-assurance santé qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont normalement définis avec précision. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement du système de micro-assurance santé. Le fonds de garantie peut être financé par les systèmes membres, l'État, des bailleurs de fonds et des structures d'appui.

Fonds de réserve

Ce sont les capitaux propres constitués par le système de micro-assurance santé pour faire face à des dépenses futures, en particulier en cas de situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

→ Synonyme: **Réserves**

Forfait

C'est un mode d'expression de la garantie consistant à prendre en charge 100% des dépenses de santé, dans la limite d'un montant exprimé en unités monétaires, appelé forfait¹. Il peut s'agir d'un montant maximum par ordonnance, consultation, séance, épisode de maladie, journée d'hospitalisation, par période ou par an. Le montant du forfait est fixé à l'avance et est indépendant des dépenses réellement engagées par le patient. L'instauration de forfaits permet de limiter les dépenses du système de micro-assurance santé et de le protéger de cas catastrophiques qui, par leur coût très élevé, pourraient entraîner la faillite du système.

→ Synonyme: **Plafond**

Exemple de garanties avec forfait: La garantie «consultation» est «100% des dépenses engagées limitées à 600 UM par consultation». Si le tarif de la consultation est de 500 UM (< 600 UM), le système prend en charge 100% des dépenses, soit 500 UM et l'adhérent ne débourse rien. Si le tarif de la consultation est de 800 UM (> 600 UM), le système prend en charge le forfait, soit 600 UM et l'adhérent doit déboursier la différence entre le tarif de la consultation et le forfait, soit 200 UM.

Remarque: Certains systèmes de micro-assurance santé utilisent le terme «forfait» lorsque le montant maximum garanti est faible c'est-à-dire très en dessous du coût moyen du service de santé, et le terme «plafond» lorsqu'il est à l'inverse relativement élevé. Ces deux notions sont cependant équivalentes d'un point de vue technique.

¹ Il est à noter que la pratique du forfait dans l'assurance diffère de celle que l'on peut rencontrer dans d'autres domaines de la vie économique. Un système d'assurance ne peut rembourser plus que le montant réellement dépensé par le bénéficiaire alors que, par exemple, les indemnités forfaitaires de déplacements sont justement indépendantes des frais réels.

Formation sanitaire (ou formation médicale)

C'est une structure ou une institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins auprès de la population: centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital, etc.

Formule de couverture

C'est un ensemble constitué par la liste des services de santé couverts et par les niveaux de prise en charge de ces services. Un système peut proposer une ou plusieurs formules de couverture entre lesquelles les adhérents doivent choisir: par exemple, une formule de base et une formule étendue (comportant un nombre plus important de services et éventuellement des niveaux de prise en charge plus élevés). A chaque formule de couverture correspond un niveau de cotisation, celui pour une formule étendue étant plus élevé que celui pour une formule de base.

Franchise en nombre

C'est un mode d'expression de la garantie consistant à prendre en charge 100% des dépenses de santé moins un nombre de séances, de cas ou de jours, qui reste toujours à la charge de l'adhérent.

Exemple de franchise en nombre: La garantie «frais de séjour à l'hôpital» est de 100% des dépenses engagées, à l'exclusion du premier jour d'hospitalisation qui n'est jamais pris en charge. Si le patient est hospitalisé trois jours, les dépenses correspondant au premier jour sont entièrement à sa charge. En revanche, le système de micro-assurance santé prend en charge les deuxième et troisième jours d'hospitalisation.

Franchise monétaire

C'est un mode d'expression de la garantie consistant à prendre en charge 100% des dépenses de santé moins un montant, exprimé en unités monétaires et appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l'adhérent et qui n'est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées. La franchise peut être déduite à chaque utilisation du service de santé ou globalement sur une base annuelle.

Exemple de franchise monétaire à chaque utilisation: La garantie «chirurgie» est de 100% des dépenses engagées moins un montant de franchise de 2000 UM. Si les frais de chirurgie sont de 1500 UM (< 2000 UM), le système ne prend rien en charge et l'adhérent doit déboursier 1500 UM. Si les frais de chirurgie sont de 3000 UM (> 2000 UM), le système prend en charge 1000 UM (3000 UM - 2000 UM) et le montant de la franchise (2000 UM) reste à la charge de l'adhérent.

Exemple de franchise monétaire annuelle: La garantie «consultations et soins» est de 100% des dépenses engagées moins un montant de franchise annuelle de 3000 UM. Tant que les dépenses cumulées sur l'année de la personne couverte sont inférieures à 3000 UM, le système de micro-assurance ne prend rien en charge. Lorsque le cumul atteint 3000 UM, le système prend en charge 100% des dépenses au-delà des 3000 UM.

Fréquence

C'est le nombre moyen, par personne et par an, de cas de maladie ou d'utilisations d'un service de santé au sein d'une population donnée.

Fréquentation (taux de)

C'est un indicateur qui permet de mesurer l'accès à la formation sanitaire par la population de son aire de responsabilité. Le taux de fréquentation est égal au rapport entre le nombre de nouveaux cas et la taille de la population. Les nouveaux cas sont les nouveaux épisodes de maladie ou les nouvelles grossesses, «vus» pour la première fois par le personnel de santé de la formation sanitaire. Si un patient doit revenir une ou plusieurs fois pour suivre un traitement dans le cadre d'un même épisode de maladie, ou d'une même grossesse, ces nouvelles visites sont comptées comme des anciens cas et ne sont généralement pas prises en compte dans le calcul du taux de fréquentation. En revanche, s'il utilise 5 fois la formation sanitaire pendant l'année pour 5 épisodes de maladie différents, il doit être comptabilisé 5 fois.

Garanties

C'est la couverture d'assurance santé que le système de micro-assurance s'engage à octroyer en contrepartie du versement des cotisations.

Remarque: Les garanties ne comprennent pas les services auxiliaires comme l'information santé que le système peut par ailleurs offrir à ses adhérents.

Gestion

C'est l'une des activités centrales d'un système de micro-assurance santé. Elle comporte:

- La gestion technique qui porte sur les activités d'assurance à savoir: l'adhésion, le recouvrement des cotisations et droits d'adhésion, le paiement des prestations. Elle vise également à prévenir la survenue des risques liés à l'assurance ou à limiter leurs effets: sélection adverse, risque moral, etc. Elle s'attache en outre à la définition des relations avec certains acteurs externes, en particulier les prestataires de soins.
- Le contrôle interne qui consiste à vérifier que les décisions sont appliquées, et que les règles de fonctionnement et les engagements du système définis dans les statuts, le règlement intérieur, les contrats, etc. sont bien respectés.
- Le suivi qui consiste à contrôler le déroulement des activités, et à effectuer des recadrages si nécessaire.
- L'évaluation qui consiste à dresser un bilan de l'activité, et à apprécier si les objectifs initiaux sont atteints.
- L'organisation interne, la gestion des ressources humaines, la gestion comptable et financière.

Gros risque

→ voir **Risque de santé**

Lettre de garantie

C'est un document qui permet de prouver qu'un patient est bien couvert par le système de micro-assurance santé c'est-à-dire qu'il est inscrit comme adhérent ou ayant droit, à jour de ses cotisations et qu'il a terminé sa période d'attente. Ce document indique aussi la formule de couverture et les niveaux de prise en charge dont bénéficie le patient. Dans certains systèmes, le patient couvert par le système doit se procurer la lettre de garantie avant de recourir aux soins s'il veut bénéficier du tiers payant. La lettre de garantie permet notamment d'éliminer les tentatives de fraudes, de limiter la surconsommation et de garantir au prestataire de soins que les dépenses de soins du patient seront prises en charge par le système de micro-assurance santé (principe du tiers payant).

Limitation en nombre de jours, de cas ou de séances

C'est un mode d'expression de la garantie consistant à restreindre la prise en charge à un nombre maximal de jours, de cas ou de séances par personne et par an.

Exemple de garanties avec une limitation en nombre: La garantie «consultation prénatale» est «100% des dépenses engagées dans la limite de 3 consultations prénatales par femme enceinte et par an». Si la patiente consomme 2 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses et la patiente n'a rien à déboursier. Si la patiente consomme 4 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses pour les trois premières. En revanche la quatrième est à la charge de la patiente.

Médecin-conseil

C'est un médecin qui travaille pour un système de micro-assurance santé et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins partenaires et aux patients. Il conseille le système dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. Il analyse les demandes d'entente préalable et délivre les autorisations ou les refus de prise en charge. Il contrôle la pertinence des soins donnés, le bien-fondé et le respect des règles de remboursement. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.

Médicament essentiel

C'est un médicament qui est sélectionné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en raison de son importance pour prévenir ou soigner une maladie particulièrement fréquente dans un pays. L'emploi de la liste des médicaments essentiels permet d'améliorer les soins apportés aux patients, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

Médicament générique

C'est un médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination commune internationale (DCI), établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), correspond au nom générique. Les médicaments génériques sont moins chers que les médicaments de marque.

Micro-assurance santé

C'est un système d'assurance, souvent initié par un acteur de la société civile, dont l'objet est d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, c'est-à-dire principalement les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Le terme «micro» ne fait pas tant référence à la taille de ces systèmes qu'à leur ancrage social. Même si ces systèmes sont généralement de petite taille, certains d'entre eux touchent, en Asie notamment, plus de 100 000 personnes. D'autres participent à des réseaux ou unions reliant plusieurs systèmes entre eux et qui constituent de vastes structures. Le terme «assurance» fait référence au mécanisme financier utilisé. C'est un mécanisme de mise en commun des risques et des ressources de groupes entiers, afin de garantir une protection à tous les membres contre les conséquences financières de risques de santé déterminés sur une base mutuelle.

Modes de paiement

Ce sont les différentes modalités utilisées par le système de micro-assurance santé et/ou les patients membres du système pour acheter les services médicaux des prestataires de soins. Les principaux modes de paiement sont le paiement à l'acte, par regroupement d'actes, par journée d'hospitalisation, par épisode de maladie et la capitation (paiement d'un forfait annuel par personne couverte). Il peut également exister des modes de paiement mixtes (à l'acte + capitation).

→ voir aussi **Paiement à l'acte, Paiement forfaitaire**

Monitoring

C'est une évaluation périodique de la qualité objective des formations sanitaires sur la base de normes fixées par la politique sanitaire nationale en termes d'équipements, de personnel, de respect des protocoles thérapeutiques, de disponibilité en médicaments, etc.

Mouvement social

C'est un groupe social organisé qui mène des actions en faveur du bien-être de ses membres et de la société en général.

Exemple: Association de personnes, syndicat, centrale syndicale, groupement, mutuelle, coopérative, etc.

Mutualisation du risque

C'est le principe selon lequel les conséquences financières des risques individuels ne sont pas supportées par chaque individu mais par un groupe tout entier. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.

Mutuelle de santé

C'est un système de micro-assurance santé reposant sur une participation significative des assurés à la gestion. Les mutuelles de santé sont des organisations démocratiques fondées sur l'entraide et la solidarité. Elles sont créées et gérées par et pour leurs adhérents. Dans les mutuelles, les adhérents participent à la gestion à travers l'élection des responsables et les assemblées générales. Les mutuelles sont la propriété collective de leurs adhérents; ceux-ci sont à la fois

les assureurs et les assurés. De ce fait, il n'existe pas de contrat formel dans la relation entre la mutuelle et ses adhérents (on ne peut pas passer de contrat avec soi-même). Cette relation est régie par des droits et obligations fixés par les statuts et le règlement intérieur. Les mutuelles poursuivent des objectifs de promotion humaine et des objectifs sociaux. Elles cherchent à concilier l'atteinte de ces objectifs, la viabilité financière et la compétitivité face à d'autres formes de financement des dépenses de santé: systèmes de prépaiement, systèmes de micro-assurance mis en place et gérés par des prestataires de soins, sociétés d'assurance commerciale, etc.

Niveau de prise en charge

C'est le niveau de dépenses de santé que le système s'engage à couvrir lors de l'utilisation d'un service de santé donné. Le niveau de prise en charge peut être exprimé en pourcentage des dépenses de santé réellement effectuées (par exemple: 65% des dépenses pour le service Analyses médicales). Il peut intégrer des limites en montant ou en nombre d'utilisations (par exemple: prise en charge de la consultation dans la limite d'un plafond de 1000 UM à chaque consultation). Il peut également combiner les deux modes d'expression (par exemple: prise en charge de 80% des dépenses dans la limite de 4 consultations par personne et par an).

Offre de soins

C'est l'ensemble des services de santé ou l'ensemble des prestataires de soins disponibles pour une population donnée.

Paiement à l'acte

C'est un mode de paiement qui consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par le système de micro-assurance santé.

→ voir aussi **Modes de paiement**

Paiement forfaitaire

C'est un mode de paiement des prestataires de soins consistant à payer un montant forfaitaire défini à l'avance. Il peut s'agir:

- 1) D'un forfait par regroupement d'actes c'est-à-dire un forfait pour un ensemble de services de santé complémentaires.

Exemple: Le forfait journalier en cas d'hospitalisation peut comporter les frais d'hébergement, les consultations et les examens effectués pendant le séjour à l'hôpital.

- 2) D'un forfait par épisode de maladie c'est-à-dire un forfait pour l'ensemble des services de santé utilisés dans le cadre d'un épisode de maladie ou de la maternité.

Exemple: Le forfait maternité peut comporter tous les services de santé utilisés avant, pendant (que celui-ci soit simple ou compliqué) et après l'accouchement (suivi).

- 3) D'un forfait par «tête» encore appelé «capitation» c'est-à-dire un forfait par personne couverte et pour une période donnée, souvent l'année, qui donne droit à l'utilisation illimitée d'une partie ou de l'ensemble des services de santé d'une formation sanitaire.

→ voir aussi **Modes de paiement**

Patient

C'est un individu qui utilise des services de santé: consultation, médicaments, examens de laboratoire, intervention chirurgicale, accouchement, etc.

Période d'attente

C'est une période d'un ou plusieurs mois suivant l'adhésion, pendant laquelle le nouvel adhérent cotise au système, sans que ni lui ni ses ayants droit puissent bénéficier de la prise en charge. La période d'attente vise principalement à décourager les comportements opportunistes de personnes qui ne s'affilieraient qu'au moment précis où elles en ont besoin (en prévision d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale programmée) et se retireraient une fois satisfaites. Elle permet aussi au système de micro-assurance santé de se constituer des réserves financières dès son démarrage. La durée de la période d'attente varie souvent selon les types de services de santé couverts.

Exemple: De neuf à dix mois pour la maternité, la période d'attente peut être de un à trois mois seulement pour les consultations, l'hospitalisation, les médicaments.

→ Synonymes: **stage, période d'observation, période probatoire, délai de carence**

Période d'observation, Période probatoire → voir **Période d'attente**

Personnalité juridique

C'est une personne physique ou morale, dotée de droits et obligations. La personne physique est un être humain. La personne morale est un groupement d'individus auquel la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses membres: une association, un syndicat, une église, une société commerciale, une école, un hôpital, une commune, un département, une région, etc. Les droits associés à la personnalité juridique sont entre autres le droit de propriété, le droit d'agir en justice, le droit de se réunir. Les obligations sont notamment celles de payer ses dettes, ses impôts, de verser des salaires aux salariés. La personne physique acquiert la personnalité juridique à sa naissance et la perd lors de son décès ou de sa disparition. La personne morale acquiert la personnalité juridique lors de son enregistrement auprès des organismes concernés. L'enregistrement peut être effectué sous différentes formes: association sans but lucratif (ASBL), coopérative, mutuelle, société anonyme (SA), société à responsabilité limitée (SARL), etc.

Personne à charge → voir **Ayant droit**

Personne couverte → voir **Bénéficiaire**

Perte

C'est la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les charges sont supérieures aux produits. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme déficit.

Petit risque → voir **Risque de santé**

Plafond → voir **Forfait**

Population cible

C'est la population que le futur système envisage de couvrir: elle comprend l'ensemble des adhérents *potentiels* et leurs personnes à charge. La population cible peut être définie sur une base géographique: population de certains quartiers ou villages, de l'aire de responsabilité de certaines formations sanitaires, etc. Elle peut aussi être définie sur une base socio-économique ou socioprofessionnelle: membres d'un syndicat ou d'une centrale syndicale, d'une coopérative agricole, clients d'une institution de microfinance, salariés d'une entreprise, etc.

Portefeuille de risques

C'est l'ensemble des personnes couvertes caractérisées chacune par une formule de couverture et une consommation de services de santé, plus ou moins importante selon les individus. Le système de micro-assurance santé doit veiller à ce que le portefeuille de risques soit équilibré, c'est-à-dire que l'existence de risques élevés (personnes qui consomment plus de services de santé que la moyenne) soit compensée par celle de risques faibles (personnes qui en consomment moins).

Prépaiement

C'est un ensemble de mécanismes qui permettent à une personne de payer des soins futurs à un moment où elle dispose de revenus suffisants.

→ voir **Epargne santé**

Prestataire de soins

C'est une personne ou une formation sanitaire, qui dispense des soins de santé à un patient.

Exemple: Médecins, pharmaciens, chirurgiens, sages-femmes, infirmiers, centre de santé, hôpital de district, hôpital régional, hôpital national, dispensaire, tradipraticien, etc.

Prestation d'assurance

C'est un service de santé dont l'utilisation est couverte par le système de micro-assurance santé. Celui-ci s'engage à prendre en charge totalement ou partiellement les dépenses occasionnées lors de l'utilisation de ce service. Le service de santé couvert peut être un acte, un ensemble d'actes, un épisode de maladie ou de maternité, ou un ensemble plus vaste de services de santé.

Prestation de santé (ou prestation médicale)

C'est un service de santé dispensé par le personnel de santé d'une formation sanitaire. Il peut s'agir de soins de santé de base, de soins spécialisés, de soins à domicile, de soins ambulatoires ou hospitaliers, de la délivrance de médicaments, etc.

Prévalence

C'est le pourcentage de cas d'une maladie donnée parmi l'ensemble des cas de maladie.

Exemple: Si le taux de prévalence du paludisme est de 15% cela signifie que 15% des cas de maladie enregistrés par la formation sanitaire sont des cas de paludisme.

Prévoyance

C'est une attitude qui consiste à prendre à l'avance un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'un risque.

Exemples: Stocker des denrées alimentaires en prévision d'une sécheresse ou d'une pénurie, épargner en vue d'un mariage, etc.

Prime pure

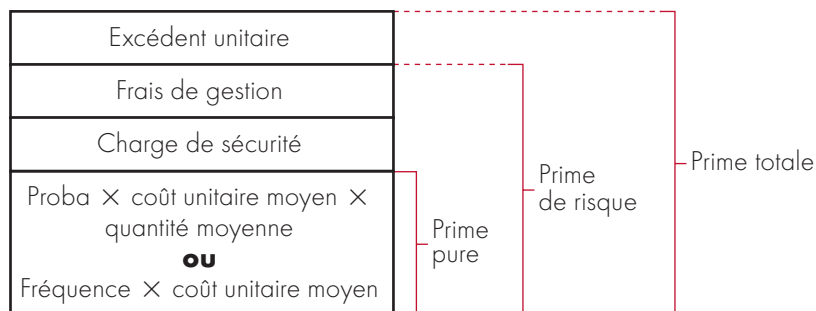
C'est le montant prévisionnel moyen des dépenses de santé prises en charge par le système de micro-assurance santé, qui est rapporté à chaque individu. La prime pure entre dans le calcul de la cotisation.

Elle peut être calculée selon la formule générale: prime pure (service de santé) = probabilité d'utiliser ce service \times quantité moyenne prise en charge \times coût unitaire moyen. Elle peut aussi être calculée selon le cas particulier de cette formule: prime pure (service de santé) = fréquence d'utilisation du service \times coût unitaire moyen.

Primes (pure, de risque, commerciale, totale)

Dans le présent guide on retient la terminologie suivante:

- la prime pure est le montant moyen des dépenses de santé c'est-à-dire le coût statistique du risque avant l'application de la charge de sécurité;
- la prime de risque est égale à la somme de trois éléments: la prime pure corrigée, la charge de sécurité et les coûts unitaires de fonctionnement (frais de gestion);
- la prime totale hors taxe est égale à la somme de la prime de risque et de l'excédent unitaire;
- la prime totale TTC est égale à la somme de la prime totale et des taxes. Dans la mesure où les systèmes de micro-assurance santé ne paient généralement pas de taxes sur l'assurance, elle est égale à la prime totale hors taxe.



Prise en charge

C'est la réparation financière, apportée par le système de micro-assurance santé aux personnes couvertes, en cas de survenue d'événements (ou risques) préalablement définis dans le contrat ou le règlement intérieur, et à hauteur d'engagements également prédéfinis. La prise en charge peut être effectuée par le remboursement des adhérents ou par le biais d'un mécanisme de tiers payant.

Probabilité

C'est la chance pour un individu d'une population donnée de tomber malade au moins une fois au cours de l'année (probabilité de tomber malade) ou d'utiliser un service de santé au moins une fois dans l'année (probabilité d'utiliser ce service). La probabilité est nécessairement supérieure ou égale à 0 et elle est toujours inférieure ou égale à 1. Plus la probabilité est proche de 0 plus l'événement (maladie, utilisation du service de santé) est rare. A l'inverse lorsque la probabilité s'approche de 1 c'est que l'événement est courant. Une probabilité égale à 1 correspond à un événement certain.

Procédure

C'est une règle ou un ensemble de règles permettant de conduire tout ou partie d'un processus. Il existe différents types de procédures, parmi lesquelles les procédures de gestion et celles de suivi.

Exemple de procédure de gestion: Avant d'accepter une demande d'adhésion, il faut vérifier que le demandeur c'est-à-dire le futur adhérent n'a pas déjà été, par le passé, exclu du système de micro-assurance santé.

Protection sociale

C'est un terme générique couvrant l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage ou d'autres risques sociaux, incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc. (d'après le thésaurus du Bureau international du Travail, Genève, 1991).

Protocole thérapeutique

C'est une procédure standardisée de traitement, définissant, par type de pathologie, les actes de diagnostic (laboratoire, radiologie ou autres), les soins médicaux et les médicaments à prescrire. S'ils sont suivis, les protocoles thérapeutiques permettent de soigner le patient au meilleur coût et avec un niveau de qualité garanti. L'existence de protocoles thérapeutiques permet également d'estimer plus facilement le coût des prestations.

Pyramide sanitaire

C'est l'organisation des services de santé à l'échelle d'un pays; elle comporte généralement plusieurs échelons.

➔ voir **Echelon des infrastructures sanitaires** (ou de la pyramide sanitaire),

Référence obligatoire

Réassurance

C'est un mécanisme par lequel un assureur s'assure lui-même auprès d'un tiers (le réassureur) pour une partie ou la totalité des risques qu'il a garantis, moyennant le paiement d'une prime. Le contrat passé entre l'assureur et le réassureur s'appelle un traité de réassurance. Il s'agit donc de l'assurance de l'assureur ou d'une assurance de deuxième degré. La réassurance permet une diversification des risques et leur répartition sur une base plus large. Elle permet ainsi de réduire le risque de faillite de l'assureur.

Recouvrement des coûts

C'est une politique ou une pratique qui consiste à faire payer aux patients une partie ou la totalité du coût des soins.

Référence obligatoire

C'est l'obligation de consulter une formation sanitaire d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation sanitaire d'un échelon supérieur. Le médecin ou l'infirmier de la formation de départ réfère le patient à l'échelon supérieur.

Exemple: Pour accéder à un hôpital de district, il faut préalablement consulter dans un centre de santé et être «référé» (c'est-à-dire recommandé) vers l'échelon supérieur.

→ voir aussi **Echelon des infrastructures sanitaires** (ou de la pyramide sanitaire)

Règle contractuelle

C'est une règle définissant les droits et obligations du système vis-à-vis des adhérents, et des adhérents vis-à-vis du système. Dans le cas d'une mutuelle ou d'une association, les règles contractuelles font l'objet du règlement intérieur. Dans le cas d'un système de micro-assurance santé qui ne prévoit pas de participation des assurés à la gestion, elles font l'objet du contrat.

Règlement intérieur

C'est un document qui fixe les règles et modalités pratiques de fonctionnement d'une association ou d'une mutuelle, et que tous les adhérents s'engagent à respecter. Le règlement intérieur complète et rend plus explicites les statuts.

Réseau

C'est le regroupement d'un ensemble d'acteurs de la micro-assurance santé (systèmes, unions, structures d'appui, etc.) dont l'objet est de conduire des activités d'information, de formation, de promotion, etc.

Exemple: La «Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre» anime un site Internet (www.concertation.org) qui liste les structures d'appui auxquelles peuvent s'adresser les promoteurs locaux. Ce site propose également de nombreuses ressources bibliographiques, des présentations d'expériences et une information permanente sur les grands événements liés à la micro-assurance, parmi lesquels l'organisation de sessions de formation.

Réseau de soins

C'est le regroupement d'un certain nombre de prestataires de soins au sein d'une région dans le but d'accroître l'efficacité des soins. La coordination entre les prestataires membres du réseau permet une meilleure circulation de l'information, en particulier sur les dossiers médicaux des patients, et par conséquent une prise en charge plus efficace des malades.

Réserves

➔ voir **Fonds de réserves**

Risque

C'est la probabilité qu'un événement incertain se produise. Par extension, c'est un événement incertain qui, lorsqu'il se réalise, peut avoir des conséquences financières dommageables. C'est pourquoi les individus cherchent à s'assurer contre les conséquences financières de la survenue de certains risques. L'assurance ne permet pas d'empêcher l'événement de se produire, mais elle permet d'atténuer son impact financier. Les principaux risques sociaux sont la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc.

Risques catastrophiques

Ce sont des événements qui touchent une grande partie de la population couverte, comme les épidémies, et/ou dont les coûts unitaires sont élevés, comme une hospitalisation très coûteuse. L'occurrence de cas catastrophiques peut mettre en péril la viabilité financière du système de micro-assurance santé.

Risque de santé

Ce sont des événements affectant la santé des individus (maladie, maternité). On distingue les gros risques et les petits risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent des dépenses importantes, comme une hospitalisation, un accouchement dystocique, une opération chirurgicale, etc. Ce sont des événements rares ayant une faible probabilité de survenue. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées, comme les consultations auprès d'un médecin généraliste ou l'achat de médicaments génériques. Ce sont des événements beaucoup plus courants, dont la probabilité de survenue est élevée.

	Probabilité	Coût	Exemple
Petit risque	+++	+	Consultation
Intermédiaire	++	++	Acte de spécialité
Gros risque	+	+++	Hospitalisation

Risque de surprescription

C'est un phénomène par lequel les prestataires de soins ajustent leurs prescriptions au niveau de prise en charge de leurs patients, sans opposition de la part de ces derniers, du fait qu'ils se savent assurés. Les prestataires de soins peuvent avoir tendance à prescrire plus de médicaments que nécessaire, à allonger les durées de séjours à l'hôpital, à utiliser systématiquement les services de diagnostic comme les analyses de laboratoire, les radiographies, etc.

Risque moral (ou risque de surconsommation)

C'est un phénomène par lequel les personnes couvertes, du fait qu'elles se savent assurées, abusent des services de santé couverts par le système. Leur utilisation excède la norme d'utilisation sur laquelle repose le calcul des cotisations. Pour certains auteurs, le risque moral englobe également les abus de prescription de la part des prestataires de soins c'est-à-dire le risque de surprescription.

Santé

C'est un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité (d'après la définition de l'Organisation mondiale de la santé).

Sécurité sociale

C'est la protection que la société accorde à ses membres contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou de la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse ou un décès. A cela s'ajoute la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants.

Cette protection peut être apportée par différents mécanismes: les régimes obligatoires d'assurance sociale, les prestations et services universels financés par les recettes de l'Etat, l'assistance sociale, les systèmes d'assurance et de micro-assurance (d'après *Sécurité sociale: un nouveau consensus*, Genève, BIT, 2002).

Sélection adverse

C'est un phénomène par lequel des personnes qui présentent un risque de maladie ou de maternité plus élevé que la moyenne adhèrent à un système de micro-assurance santé dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population cible et/ou choisissent les formules de couverture les plus étendues. Lorsque les personnes n'ont ni le choix de la décision d'assurance ni celui de la formule de couverture, la sélection adverse disparaît: c'est le cas lorsque l'adhésion est obligatoire et que le système propose un niveau unique de garanties. Le phénomène de sélection adverse peut compromettre la viabilité financière du système, car les dépenses qu'il engage au titre des prestations risquent d'être supérieures aux prévisions, ces dernières étant fondées sur des hypothèses de consommation de la population cible globale.

→ Synonyme: **Antisélection**

Sélection des risques

C'est une mesure ou un ensemble de mesures consistant à privilégier les personnes présentant un risque faible de maladie et à exclure celles ayant un risque élevé de maladie. La sélection des risques peut être effectuée par certains assureurs, notamment lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de fixer des tarifs reflétant les risques individuels.

Exemple: lorsqu'un assureur fixe des limites d'âge à l'adhésion ou lorsqu'il exclut les membres ayant atteint un âge limite, il pratique la sélection des risques.

Dans le cadre d'un système de capitation (→ voir **Paiement forfaitaire**), certains prestataires peuvent avoir tendance à suivre en priorité des patients présentant un risque faible de maladie, dont ils savent qu'ils ne vont pas consommer trop de soins de santé, et décourager ceux présentant un risque élevé. Le système de micro-assurance santé doit bien entendu veiller à ce que de telles pratiques ne voient pas le jour.

Soins à domicile

Ce sont des soins dispensés au domicile du patient. Dans certains pays, les médecins ou les infirmières effectuent ainsi des visites à domicile, dont les tarifs sont plus élevés pour tenir compte de leurs frais de déplacement.

Soins ambulatoires

Ce sont les soins effectués dans un établissement hospitalier ou une clinique, mais sans hospitalisation du patient. Celui-ci rentre chez lui après les soins.

Soins de santé de base

Ce sont les soins courants dispensés aux patients dans les formations sanitaires du premier échelon de la pyramide sanitaire. Ils comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle.

Soins de santé primaires

C'est une stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé du premier échelon de la pyramide sanitaire, sur leur extension (de l'aspect curatif aux actions de prévention et de promotion) et sur l'encouragement de la participation de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.

Soins hospitaliers

Ce sont les soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour à l'hôpital comptant au moins une nuit.

Soins spécialisés

Ce sont les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).

Spécialité

C'est un médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

Stage

→ voir **Période d'attente**

Statuts

C'est un document de référence décrivant notamment l'objet du système de micro-assurance santé, son organisation, l'articulation entre les différents organes et leurs attributions. Lorsqu'ils sont approuvés par les autorités compétentes, les statuts confèrent au système une personnalité morale légalement reconnue. Par ailleurs, ils fixent le rythme de la vie du système: fréquence des assemblées générales, de la présentation et de l'approbation des rapports d'activité et états financiers, renouvellement des responsables, etc. Suivant la forme juridique du système, ils peuvent également fixer les droits et obligations des adhérents (cas d'une mutuelle) ou des apporteurs (cas d'une société commerciale).

Ticket modérateur

C'est la part du coût du service de santé couvert qui n'est pas prise en charge par le système de micro-assurance santé. Le ticket modérateur est toujours exprimé en pourcentage. On l'appelle ainsi parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé et de réduire les dépenses du système. Le ticket modérateur est un moyen efficace de lutter contre le risque moral, mais, lorsqu'il est élevé, il peut contribuer à limiter l'accessibilité des soins.

Tiers garant

C'est un mécanisme par lequel le patient couvert par le système de micro-assurance santé débourse – au moment de l'utilisation des services de santé – le montant total des dépenses de santé et se fait ensuite rembourser la part couverte par le système. Le système de micro-assurance santé se porte garant de ce remboursement.

→ Contraire: **Tiers payant**

Tiers payant

C'est un mécanisme par lequel le patient couvert par le système de micro-assurance santé n'a pas – au moment de l'utilisation des services de santé – à déboursier le montant des dépenses de santé couvertes par le système: il paie simplement le copaiement éventuel. Le système de micro-assurance santé (le tiers) paie ensuite à la formation sanitaire le montant des sommes qu'elle a ainsi avancées.

→ Contraire: **Tiers garant**

Union de systèmes de micro-assurance santé

C'est l'association de plusieurs systèmes de micro-assurance santé qui mettent en commun une partie de leurs moyens afin de se doter d'un ensemble de services. L'union peut proposer des services d'appui-conseil et de formation, des services financiers comme la mise en place d'un fonds de garantie et des services de promotion de la protection sociale en santé. Plusieurs unions peuvent constituer une fédération.

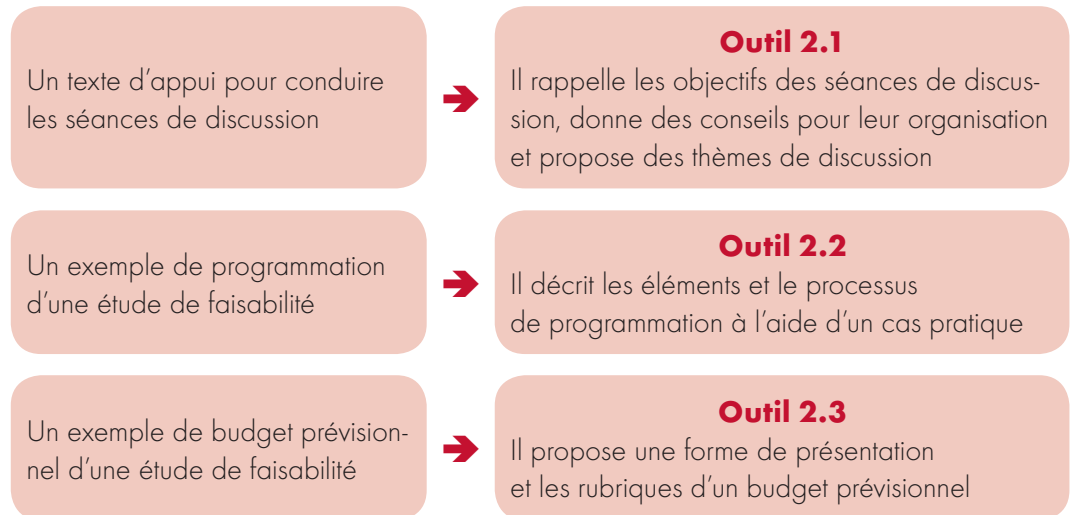
Unité d'acte (ou unité de service de santé)

C'est le paramètre (jour, séance, ordonnance, etc.) qui caractérise la quantité consommée d'un service de santé. Le choix de l'unité est déterminant pour le calcul de la quantité moyenne d'unités consommées dans l'année et du coût unitaire moyen, et donc pour le calcul des cotisations.

Exemple: Pour l'hospitalisation, l'unité retenue peut être le nombre de jours: on s'intéresse donc au nombre de journées d'hospitalisation et au coût d'une journée d'hospitalisation, et non au coût global de l'hospitalisation. Autre exemple, pour les médicaments, l'unité utilisée est souvent le nombre d'ordonnances: on s'intéresse donc au nombre d'ordonnances prescrites (et non au nombre de médicaments), et au coût de chaque ordonnance, et non au coût des médicaments pris séparément.

2. Outils pour préparer et programmer l'étude de faisabilité

Les outils pour préparer et programmer l'étude de faisabilité comportent:



2.1 Les séances de discussion

Objectifs des séances de discussion

Les séances de discussion sont utiles pour les actions 1, 2, 3 et l'action continue de la phase initiale. Elles permettent aussi de préparer la phase suivante de collecte des données.

Action 1: Vérifier que les conditions préalables à la mise en place du système sont réunies

Les discussions permettent de recueillir un ensemble d'informations sur le risque maladie, la qualité des formations sanitaires, le dynamisme économique, les traditions de prévoyance et d'entraide. Ces informations sont utiles pour vérifier que les conditions préalables sont réunies.

Action 2: Confirmer la possibilité de créer un système et lancer l'étude de faisabilité

Lorsque les conditions préalables sont réunies, on peut annoncer le démarrage de l'étude de faisabilité au cours de séances de discussion.

Action 3: Constituer le comité de pilotage

Les séances de discussion permettent aussi d'identifier les acteurs clés qui pourront participer activement à la conduite de l'étude de faisabilité et faire éventuellement partie du comité de pilotage.

Action continue: Engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs

Les discussions permettent d'initier un dialogue avec les différents acteurs autour des problèmes sanitaires et d'accès aux soins. Elles permettent d'encourager les acteurs à observer la situation sanitaire actuelle et à s'engager dans une réflexion et des actions permettant de faire face aux problèmes identifiés.

Préparer la phase suivante de collecte des données

Enfin les discussions permettent de collecter des données sur les caractéristiques des familles, l'organisation et le fonctionnement des services de santé, les difficultés liées à la maladie. Ces données seront utiles pour élaborer les supports de collecte utilisés au cours de la phase de collecte des données.

L'ordre des actions est donné à titre indicatif. Dans la pratique certaines de ces actions peuvent être imbriquées, se répéter ou être effectuées dans un ordre différent.

Organisation des séances de discussion

Plusieurs séances pourront successivement avoir lieu, en fonction des objectifs poursuivis. En particulier, les séances visant à annoncer le démarrage de l'étude de faisabilité sont effectuées après celles réalisées afin de vérifier que les conditions préalables sont réunies.

Les séances de discussion peuvent être des entretiens individuels, en petits groupes ou collectifs.

Les entretiens individuels ou en petits groupes consistent à rencontrer les acteurs sur leur lieu de vie ou de travail: causeries dans les quartiers ou les villages, rencontre des groupements de base, des associations, entretiens individuels avec les prestataires de soins et les autorités locales. L'utilisation d'entretiens individuels ou en petits groupes favorise la libre expression de chacun. Elle nécessite cependant du temps.

Les entretiens collectifs au cours d'une grande réunion avec «tous» les acteurs présentent l'avantage de rendre visible le démarrage de l'étude et plus rapide la discussion avec les différents interlocuteurs. Ils ne permettent pas en revanche d'entendre le témoignage de tout le monde. Ils présentent en outre le risque de se transformer en un exposé magistral.

Quelle que soit la forme des séances de discussion, il est important:

- d'éviter que ces séances donnent lieu à des activités onéreuses qui peuvent laisser penser que les promoteurs bénéficient de ressources importantes (le système devra principalement compter sur les cotisations de ses adhérents pour assurer son fonctionnement et sa pérennité);
- de réaliser ces séances à une période où les acteurs, notamment la population cible, sont disponibles. Il faut en effet éviter que la mise en place d'un système de micro-assurance santé soit perçue comme une contrainte au moment où l'on cherche à impliquer ces acteurs.

Exemples de thèmes de discussion

Ces thèmes sont présentés sous forme de questions pour souligner que ces réunions sont un lieu de dialogue et non l'occasion d'un exposé magistral de la part de l'animateur ou de l'un des participants.

Thème 1: Les risques perçus par les familles

Exemples de questions posées à la population:

De quoi avez-vous particulièrement peur? De ne pas pouvoir faire face aux frais de nourriture? de logement? de scolarité des enfants? de santé? de maternité? de cérémonies (mariage, baptême, etc.)? d'habillement?

Thème 2: Les difficultés liées à l'accès aux soins de santé

Exemples de questions posées à la population:

Lors du dernier cas de maladie dans votre famille qu'avez-vous fait? Avez-vous eu du mal à vous rendre dans la formation sanitaire que vous aviez choisie? Est-ce que vous avez trouvé sur place le personnel et le matériel nécessaires? Est-ce que vous avez trouvé tous les médicaments dont vous aviez besoin? Avez-vous eu des difficultés pour payer les soins? Les médicaments? Où a eu lieu le dernier accouchement dans votre famille? A l'hôpital/au centre de santé/à la maison? Pour quelles raisons?

Exemples de questions posées aux autorités locales et sanitaires ou aux prestataires de soins:

Quelles sont les difficultés rencontrées par la population en cas de maladie ou de maternité? La population rencontre-t-elle des difficultés financières pour se faire soigner? Est-ce que toutes les infrastructures sanitaires nécessaires sont disponibles?

Thème 3: Les principales maladies et les périodes les plus difficiles sur le plan sanitaire

Exemples de questions posées à la population:

Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les adultes et chez les enfants? Qu'est-ce que vous faites face à chacune d'elles: consultation au centre de santé, consultation dans un cabinet privé, automédication, etc.? Y a-t-il des périodes de l'année où vous êtes plus fréquemment malade?

Exemples de questions posées aux prestataires de soins:

Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les adultes et chez les enfants? Quels sont les recours habituellement utilisés face à chacune d'elle? Quelles sont les périodes de l'année les plus difficiles sur le plan sanitaire?

Thème 4: Les difficultés financières liées à la santé (maladie, maternité)

Exemples de questions posées à la population:

Est-ce que vous avez parfois du mal à trouver l'argent nécessaire pour accéder aux soins de santé en cas de maladie et maternité? Quels sont les soins de santé qui sont pour vous particulièrement chers? Où achetez-vous vos médicaments et pourquoi? Est-ce qu'il vous arrive de retarder une consultation ou une hospitalisation par manque d'argent? Est-ce que ces difficultés sont particulièrement importantes à certains moments de l'année? Que faites-vous lorsque vous ne disposez pas de l'argent nécessaire?

Exemples de questions posées aux prestataires de soins:

Est-ce que certains des usagers ont parfois du mal à payer les soins de santé? Quels soins ou services de santé en particulier? Quelles solutions sont alors envisagées: crédit, report de certains soins, entraide, etc.?

Thème 5: L'existence et la perception des prestataires de soins

Exemples de questions posées à la population:

Quels sont les prestataires de soins que vous sollicitez? Ces prestataires sont-ils situés à proximité de votre domicile ou lieu de travail? Leurs tarifs sont-ils abordables? Y a-t-il des ruptures du stock de médicaments? Le personnel est-il en nombre suffisant? Est-il disponible et présent? Est-il suffisamment compétent? Devez-vous attendre longtemps avant d'obtenir un rendez-vous ou d'être reçu en consultation? Y a-t-il des prestataires de soins que vous ne sollicitez jamais? Pourquoi?

Exemples de questions posées aux autorités locales et sanitaires:

Quelles sont les formations sanitaires utilisées par la population aux différents échelons de la pyramide sanitaire? Comment est perçu le personnel de l'hôpital/du centre de santé/de la clinique/de la maternité sur le plan des compétences, de la disponibilité, de l'humanité, de l'honnêteté?

Thème 6: Les pratiques d'entraide

Exemples de questions posées à la population:

Lorsque vous avez du mal à réunir l'argent nécessaire pour accéder aux services de santé que faites-vous? A qui demandez-vous de l'aide? Est-ce que l'aide suffit toujours? Est-ce qu'il existe des associations qui ont mis en place une caisse d'entraide en cas de maladie? Si oui, comment fonctionne cette caisse?

Exemples de questions posées aux autorités sanitaires et locales:

Que font les familles lorsqu'elles ont des difficultés pour payer les services de santé? Y a-t-il des pratiques d'entraide en cas de maladie? Cette entraide est-elle spontanée? Existe-t-il une entraide organisée? Connaissez-vous des associations qui ont mis en place une caisse de prévoyance?

Thème 7: Les expériences antérieures de projets de mise en commun de fonds

Exemples de questions posées aux autorités locales ou à la population:

Est-ce que d'autres projets basés sur une collecte de fonds ont déjà été entrepris dans la région: caisse d'épargne et de crédit, coopérative, etc.? Ces projets ont-ils connu un succès ou un échec? Y a-t-il déjà eu des problèmes de détournements de fonds?

Thème 8: Les exemples de systèmes de micro-assurance santé existants et les principes de l'assurance

Exemples de questions posées à la population:

Connaissez-vous des systèmes de micro-assurance santé organisés par des hôpitaux, des coopératives, des associations, etc.? Avez-vous entendu parler du système <NOM>? Avez-vous rencontré des adhérents de ces systèmes?

Remarque: Si l'animateur est amené à parler plus précisément de systèmes existants, il peut mentionner le promoteur du système, sa date de création, le nombre d'adhérents et de personnes couvertes. Il peut également expliquer brièvement les principes de fonctionnement de ce type de systèmes. En revanche, il faut éviter de parler trop des règles de fonctionnement de ces systèmes, du détail des prestations ou des niveaux de cotisations afin de ne pas proposer des solutions toutes faites qui risqueraient de freiner l'apport des acteurs.

Thème 9: Le lancement de l'étude dans le cas où les conditions préalables sont réunies

Lorsque les conditions préalables sont réunies, l'animateur peut annoncer le lancement de l'étude de faisabilité en précisant la date du lancement et la durée prévue de l'étude. Il doit aussi rappeler l'objectif de l'étude: définir le système de micro-assurance santé et préparer sa mise en place. Il est bon également de préciser comment va être organisée la conduite de l'étude: qui seront les responsables, quel sera le rôle de la population (participation active à des groupes de travail, consultation lors de certaines décisions, rôle dans le cadre des enquêtes).

2.2 La programmation de l'étude

Cas pratique: L'exemple de la Fédération nationale des producteurs de café (FNPC)

La FNPC décide de mettre en place un système d'assurance santé au profit de ses membres. Elle couvre l'ensemble du pays et est subdivisée en antennes régionales qui elles-mêmes couvrent plusieurs coopératives communales et des caisses d'épargne/crédit.

La FNPC souhaite réaliser une étude de faisabilité approfondie au niveau de l'une des antennes régionales afin de mettre en place un système de micro-assurance santé pilote qui sera ensuite diffusé dans les autres régions, moyennant les adaptations nécessaires.

Identification des différentes phases de l'étude, des activités et des tâches

Pour la réalisation de cette étude et la mise en œuvre de l'expérience pilote, la FNPC, avec l'appui d'un partenaire technique extérieur, a identifié les activités suivantes:

- conduire des réunions d'information et des entretiens auprès des membres des coopératives, des autorités locales, des prestataires de soins et entamer un dialogue avec ces différents acteurs autour des problèmes d'accès aux soins de santé;
- mettre en place un comité de pilotage;
- réaliser une enquête auprès des membres des coopératives pour mieux connaître leurs problèmes et besoins en matière de financement des dépenses de santé et collecter des informations utiles pour le calcul des cotisations;
- effectuer des entretiens avec les prestataires de soins pour connaître notamment les coûts des services de santé;
- analyser les données collectées et effectuer la synthèse des résultats;
- organiser des groupes de travail, les séances d'animation, avec les membres des coopératives pour définir les différents aspects du système de micro-assurance santé: services couverts, prestataires de soins partenaires, couple prestations/cotisations;
- définir les règles de fonctionnement du système de micro-assurance santé et son organisation et rédiger le manuel de procédures de gestion;
- préparer les conventions avec les prestataires de soins sélectionnés;
- organiser une assemblée générale des coopératives membres de l'antenne pour valider les résultats de l'étude et officialiser le démarrage du système de micro-assurance santé;

- signer les conventions avec les prestataires de soins;
- former les différents acteurs: responsables, gestionnaires, prestataires;
- réaliser une campagne d'information des membres des coopératives;
- débiter les adhésions et le recouvrement des cotisations.

Ces activités sont présentées ici de façon synthétique. Chacune comporte en réalité un ensemble de tâches qui ne sont pas détaillées à ce stade.

Estimation de la durée de chaque activité et de chaque tâche

Le comité de pilotage prévoit que la sensibilisation des acteurs sera effectuée sur deux semaines. La mise en place du comité de pilotage et la formation de ses membres seront effectuées en une semaine. Les enquêtes ménages s'étaleront sur trois semaines, etc.

Organisation des activités et des tâches dans un calendrier

Le démarrage des activités du système doit s'effectuer dans la période de l'année où les producteurs de café ont les revenus les plus élevés et sont donc particulièrement enclins à verser les droits d'adhésion et les cotisations. L'étude de faisabilité doit être effectuée avant cette période et à un moment où les membres des coopératives sont disponibles afin qu'ils puissent participer aux séances d'animation et aux enquêtes.

Le calendrier agricole donne les informations suivantes: fin janvier – début février: récolte et vente du café; juin-septembre: période de soudure monétaire et travaux agricoles. Par conséquent, l'étude de faisabilité peut être conduite de septembre à janvier. Le démarrage du système pourra être effectué début février. Si le système prévoit une période de stage, celle-ci pourra s'étaler de février à avril/mai soit avant le début de la soudure monétaire.

	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai
Sensibilisation des acteurs	■								
Constitution comité de pilotage	■								
Enquêtes ménages	■	■							
Entretiens prestataires de soins		■	■						
Synthèse des résultats			■						
Elaboration du système			■	■					
Manuels et outils de gestion				■					
Préparation des conventions				■	■				
AG de l'antenne régionale					■				
Signature des conventions					■				
Formation des acteurs					■	■			
Campagne d'information					■	■	■		
Démarrage des adhésions						◀			
Recouvrement des cotisations						■			
Démarrage prises en charge								▶	
						←	Stage	→	

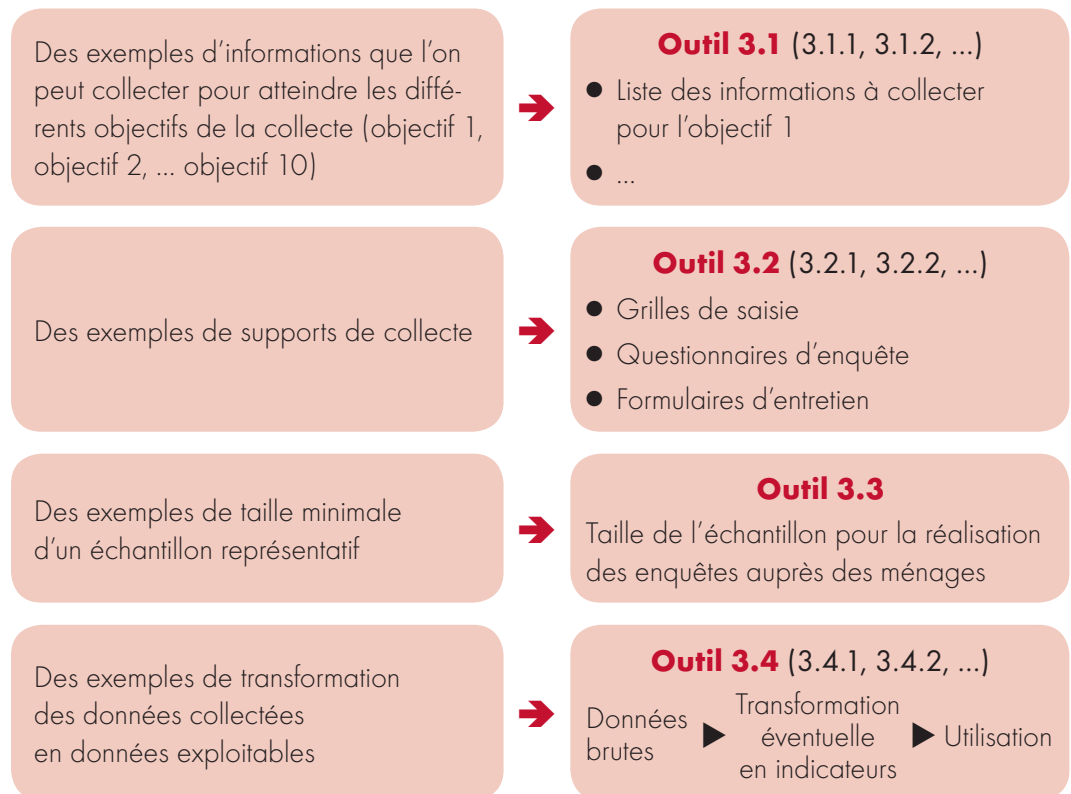
2.3 La préparation du budget prévisionnel de l'étude de faisabilité

Exemple de budget prévisionnel d'une étude de faisabilité

Dépenses		Recettes	
	Montants (UM)		Montants (UM)
<i>Indemnités</i>		<i>Financements</i>	
Enquêteurs	230 000	Coopérative	232 000
<i>Déplacements</i>		ONG	150 000
Locaux	60 000		
Régionaux	80 000		
<i>Fournitures</i>			
Photocopies	10 000		
Papier, crayons	2 000		
Total	382 000	Total	382 000

3. Outils pour effectuer la collecte et l'analyse des données

Les outils pour effectuer la collecte des données comportent:



3.1 Listes des informations à collecter par objectif

Présentation des listes des informations à collecter par objectif: contenu et utilité

Les listes des informations par objectif sont au nombre de 10, une par objectif: la liste 3.1.1 correspond au premier objectif, «Connaitre le contexte»; la liste 3.1.2 correspond au deuxième objectif, «Préparer le choix de la population cible», etc.

Chaque liste propose des informations à collecter et les sources où ces informations peuvent être obtenues qu'elles soient statiques (recensement, étude, grilles de tarifs, etc.) ou dynamiques (ménages, personnel de santé, etc.).

La liste des informations par objectif est une aide pour définir une démarche de collecte et plus précisément établir le tableau stratégique de la collecte. Celui-ci comporte trois colonnes. Dans la première, on indique les objectifs poursuivis, dans la deuxième les informations recherchées et dans la troisième les sources d'informations utilisées. Pour plus de détails sur le tableau stratégique se reporter à:

► Remplir le tableau stratégique, étape 1: définir la démarche de collecte, tome 1, chapitre 3, page 33.

Certaines informations sont communes à plusieurs listes. Elles ont été reprises dans chacune des listes correspondantes. Cette présentation évitera à l'utilisateur de suivre des renvois d'une liste à une autre. Elle est conforme à l'organisation sous forme de boîte à outils du tome 2.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Précaution n° 1: toutes les listes ne sont pas utiles au comité de pilotage. Le plus souvent, le comité de pilotage ne poursuit qu'un petit nombre d'objectifs parmi les 10. En outre, s'il choisit de conduire la collecte des informations en plusieurs phases, chaque phase consistera à rechercher les informations pour atteindre un nombre encore plus restreint d'objectifs. Le comité de pilotage n'utilisera donc qu'un petit nombre de listes.

Précaution n° 2: toutes les informations proposées ne doivent pas être nécessairement recherchées. Chaque liste propose un grand nombre d'informations. Cela ne signifie pas qu'elles doivent être toutes collectées pour atteindre chaque objectif. Dans certains cas les informations indiquées ne sont pas pertinentes compte tenu du contexte ou ne sont tout simplement pas disponibles. Une ou deux peuvent parfois suffire pour atteindre certains objectifs. Le comité de pilotage pourra effectuer, à partir des listes, une sélection pour ne retenir que les informations qui lui paraissent nécessaires.

Précaution n° 3: les listes sont certainement incomplètes. Elles gagneront à être enrichies. Chaque utilisateur pourra les personnaliser et les modifier en ajoutant des objectifs, des informations, avec une exigence: que les informations ajoutées soient utiles, exploitables et en quantité «juste suffisante».

3.1.1 Listes des informations à collecter pour l'objectif 1 «Connaître le contexte»

Cet objectif intéresse principalement les promoteurs étrangers au contexte comme les ONG internationales, les programmes de coopération, etc.

Remarque: L'étude du contexte ne doit pas prendre trop de temps dans la mesure où les informations collectées permettent principalement d'alimenter la réflexion.

Informations démographiques

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Effectif et taux de croissance de la population de la zone ● Répartition de la population de la zone par tranches d'âge et par sexe ● Part de la population vivant respectivement en milieu urbain, péri-urbain et rural ● Existence de mouvements migratoires ● Nombre moyen de membres par famille ou par ménage ● Composition des familles: hommes, femmes, enfants, autres individus à charge 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recensements nationaux ou régionaux réalisés par l'Etat ou par d'autres institutions: centres d'appui aux producteurs, ONGs, etc. ● Etudes socio-économiques

Informations économiques

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Principaux secteurs d'activités de la population de la zone et secteurs créateurs d'emplois ● Taux de chômage et de sous-emploi de la zone, à comparer aux taux nationaux ● Pourcentage d'emplois dans le secteur informel et mobilité entre le secteur informel et le secteur formel ● Revenu moyen par habitant, disparités des revenus entre le milieu rural/urbain, entre les différents secteurs d'activité ● Variations saisonnières des revenus ● Apports des ressortissants vivant à l'étranger ● Projets intervenant dans la zone 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recensements nationaux ou régionaux ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales
<ul style="list-style-type: none"> ● Evolution du pouvoir d'achat: tendance, exemples, taux d'inflation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les autorités locales ● Annuaire et rapports économiques
<ul style="list-style-type: none"> ● Salaire minimum dans la zone, s'il est défini légalement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Annuaire et rapports économiques

Informations sur l'offre de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Organisation de l'offre de soins: pyramide sanitaire, rôle des organes de tutelle ● Pour chaque échelon de la pyramide: nombre de prestataires disponibles, types de soins dispensés, part de l'offre de soins publique, privée, ou mise en place dans le cadre de programmes spéciaux ● Répartition géographique de l'offre de soins: localités, distances entre les prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Carte sanitaire ● Etudes sur la situation sanitaire
<ul style="list-style-type: none"> ● Perception des différents prestataires de soins par la population ● Suffisance ou insuffisance de l'offre de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les autorités locales ● Entretiens avec les autorités sanitaires

Contexte sanitaire

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Indicateurs sanitaires: espérance de vie, taux de mortalité global et par maladie, taux de morbidité global et par maladie, taux de mortalité infantile et maternelle, taux de dénutrition ● Principales affections et causes de décès en général et par âge/sexe: hommes, femmes, adolescents, enfants ● Problèmes d'assainissement, d'accès à l'eau potable ● Saisons les plus difficiles sur le plan sanitaire ● Problèmes d'accès aux soins qu'ils soient géographiques, culturels ou financiers ● Modalités de fonctionnement et de financement des frais de santé ● Initiatives en matière de financement de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes sur la situation sanitaire ● Entretiens avec les autorités sanitaires ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires ● Entretiens avec les autorités locales

Aspects sociaux

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Niveau d'éducation et d'alphabétisation ● Formes d'organisations de la population: associations, tontines, groupements, coopératives, etc. ● Exemples d'organisations récentes les plus représentatives ● Pratiques d'entraide et de solidarité notamment pour faire face aux problèmes de santé, leur étendue (touchent-elles toute la population?), leur évolution (en déclin ou en expansion) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales

Environnement politique et institutionnel en matière de santé et de protection sociale

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Grandes lignes de la politique nationale de santé: privatisation de l'offre de soins, financement du secteur, rôle accordé aux populations, politique du médicament ● Degré d'application de cette politique ● Dispositifs mis en place par l'Etat pour: contrôler et améliorer la qualité des soins au niveau local, améliorer l'accessibilité financière des services de santé ● Existence d'un code de la mutualité, d'un code des assurances, d'un code de la sécurité sociale ● Organisation actuelle de la protection sociale: pourcentage de la population couverte, caractéristiques des personnes couvertes (conditions d'accès), instruments et institutions impliqués, prestations en matière de santé, niveaux de contribution, existence d'une réforme de la sécurité sociale, etc. ● Cadre légal pour la contractualisation avec l'offre de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadre politique et juridique: textes de lois, décrets, codes ● Entretiens avec les autorités locales ● Entretiens avec les autorités sanitaires

3.1.2 Listes des informations à collecter pour l'objectif 2 «Préparer le choix de la population cible»

Cet objectif intéresse particulièrement les promoteurs qui ont à choisir la population cible du futur système. Celle-ci peut être définie sur une base géographique: population de certains quartiers ou villages, de l'aire de responsabilité de certaines formations sanitaires, etc. Elle peut aussi être définie sur une base socio-économique ou socioprofessionnelle: membres d'un syndicat, d'une coopérative agricole, clients d'une institution de microfinance, salariés d'une entreprise, etc.

Le choix de la population cible prend généralement en compte à la fois les besoins des populations, en donnant la priorité aux populations dont les besoins de couverture sont les plus importants, et la probabilité de succès du projet, en donnant la priorité aux populations offrant au projet le plus de chances de succès. Un arbitrage est parfois effectué car ces critères

peuvent être pour une part antinomiques. L'ensemble des critères de faisabilité doit être pris en compte. Ne sont repris ici que les principaux.

Les informations collectées permettent aussi de comprendre les comportements de recours aux services de santé et les modalités de financement de l'accès aux soins avant la mise en place du système de micro-assurance santé. Ces informations sur la situation initiale pourront être utilisées ultérieurement pour mesurer l'impact du système.

Qualité objective des formations sanitaires utilisées par la population cible

Il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable. La qualité des formations sanitaires doit répondre aux normes fixées par la politique sanitaire nationale.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Conformité de l'état des bâtiments, de l'équipement, de la qualification du personnel soignant ● Couverture effective = pourcentage de patients traités selon l'ordinogramme ● Disponibilité en médicaments = pourcentage de jours sans rupture de stocks en médicaments essentiels ● Plages horaires d'ouverture ● Existence d'un système de garde en dehors des horaires d'ouverture ● Durée moyenne d'attente ● Surcharge au niveau d'un service = pourcentage de temps consacré par les médecins à un service par rapport au temps total consacré à l'ensemble des services ● Taux d'occupation moyen des lits = $100 \times \text{nombre de journées d'hospitalisation} / (\text{nombre de lits} \times \text{nombre de jours dans la période considérée})$ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoring

Accès à la formation sanitaire

L'accès à la formation sanitaire est mesuré grâce au taux de fréquentation par zone d'habitation. Celui-ci est calculé à partir du nombre de nouveaux cas parmi les utilisateurs issus d'une zone d'habitation et de la taille de la population de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire de cette zone d'habitation.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de nouveaux cas par zone d'habitation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité ou registres des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Taille de la population de chaque zone 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recensements régionaux

Dynamique de développement socio-économique au sein de la population cible

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Activités génératrices de revenus monétaires: commercialisation de la production agricole, commerce, etc. ● Niveaux de revenus 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales

Aspects sociaux et organisationnels

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Niveau d'éducation et d'alphabétisation ● Formes d'organisations de la population: associations, tontines, groupements, coopératives, etc. ● Exemples d'organisations récentes les plus représentatives 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales
<p>Pour chaque organisation identifiée:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Taille: nombre de membres et de bénéficiaires ● Existence ou non d'un système de cotisations ● Gestion ou non d'une caisse commune 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les responsables des organisations de la société civile

Pratiques d'entraide en cas de maladie

Informations	Sources
<p>Pour chaque organisation et groupe identifiés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Existence d'une entraide en cas de maladie ● Type de collecte effectuée en cas de maladie: spontanée, systématique ou organisée ● Nature de l'aide: don, prêt sans intérêt, prêt avec intérêt ● Montant de l'aide: obligation de moyens ou de résultats ● Modes d'alimentation de la caisse de prévoyance quand elle existe: cotisations, renflouements après chaque débours, taux d'intérêt 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les responsables des organisations de la société civile

Comportements de recours et modes de financement de l'accès aux soins²

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Comportements de recours aux services de santé ● Modes de financement des dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages

² Comprendre les comportements de recours (automédication, recours aux tradipraticiens, etc.) avant le démarrage du système de micro-assurance santé permet ultérieurement de mesurer l'impact du système sur ces comportements. De même, comprendre les modes de financement des dépenses de santé (liquidation de l'épargne, vente d'un bien, recours à l'aide de la famille, recours au crédit, etc.), permet ensuite de mesurer l'impact du système sur les difficultés financières liées à la santé. Toutefois, ces informations sur la situation initiale ne sont pas a priori utilisées comme critères de choix de la population cible.

3.1.3 Listes des informations à collecter pour l'objectif 3 «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires»

Il s'agit des prestataires dont les services de santé seront couverts par le système.

Cet objectif intéresse les promoteurs qui souhaitent passer des accords avec des prestataires de soins: accords sur les prix, sur les procédures d'accueil des assurés, sur les protocoles thérapeutiques, sur les modes de paiement (paiement à l'acte ou paiement forfaitaire) ou accord de tiers payant.

Cet objectif intéresse également les promoteurs qui, sans passer d'accords particuliers avec les prestataires, souhaitent sélectionner ceux dont les services seront couverts par le système. Cette sélection préalable permet d'éviter une escalade des coûts lorsque les assurés privilégient les prestataires de soins les plus chers et de garantir que les services de santé couverts par le système de micro-assurance santé soient de qualité acceptable.

Dans un contexte où plusieurs formations sanitaires sont en situation de concurrence, la sélection des prestataires de soins partenaires est généralement effectuée sur des critères de disponibilité, de qualité et de coût.

Remarque: Lorsque l'offre de soins est en situation de monopole la question du choix ne se pose pas. Lorsque l'offre de soins est insuffisante, l'organisation promotrice du système ou la structure d'appui peuvent envisager de créer de nouvelles formations sanitaires.

Les informations collectées permettent aussi de dresser un rapide état des lieux de l'offre de soins qui peut servir de référence pour mesurer l'impact ultérieur du système.

Informations sur l'offre de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Répartition géographique de l'offre de soins: localités, distances entre les prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Carte sanitaire ● Etudes sur la situation sanitaire
Monographie par prestataire de soins: <ul style="list-style-type: none"> ● Echelon de la pyramide sanitaire ● Nature: prestataire public, privé ou mis en place dans le cadre d'un programme spécial ● Localité ● Types de soins dispensés ● Tarifs 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes sur la situation sanitaire

Qualité objective des formations sanitaires

Elle doit répondre aux normes fixées par la politique sanitaire nationale.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Conformité de l'état des bâtiments, de l'équipement, de la qualification du personnel soignant ● Couverture effective = pourcentage de patients traités selon l'ordinogramme 	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoring

Qualité objective des formations sanitaires (suite)

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilité en médicaments = pourcentage de jours sans rupture de stocks en médicaments essentiels ● Plages horaires d'ouverture ● Existence d'un système de garde en dehors des horaires d'ouverture ● Durée moyenne d'attente ● Surcharge au niveau d'un service = pourcentage de temps consacré par le personnel soignant à un service par rapport au temps total consacré à l'ensemble des services ● Taux d'occupation moyen des lits = $100 \times \text{nombre de journées d'hospitalisation} / (\text{nombre de lits} \times \text{nombre de jours dans la période considérée})$ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoring
<ul style="list-style-type: none"> ● Rationalisation des schémas thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires

Qualité perçue des formations sanitaires

C'est la qualité perçue par les usagers. Elle peut différer fortement de la qualité objective.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Qualité de l'accueil ● Personnel soignant: compétences, capacité d'écoute et de compassion, existence de personnel soignant féminin ● Ensemble du personnel: honnêteté, confidentialité ● Durée moyenne d'attente ● Plages horaires d'ouverture ● Présence effective du personnel pendant les heures d'ouverture/personnel en nombre suffisant ● Disponibilité en médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages ● Enquêtes auprès des patients

Fréquentation

Plus la fréquentation d'une formation sanitaire est élevée, plus on peut penser que les services de santé de cette formation sont accessibles, de bonne qualité et bien perçus par les usagers.

La fréquentation d'une formation sanitaire est mesurée à l'aide du taux de fréquentation qui est calculé à partir du nombre de nouveaux cas et de la taille de la population de l'aire de responsabilité: $\text{Taux de fréquentation} = 100 \times \text{Nombre de nouveaux cas} / \text{Population}$.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de nouveaux cas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité ou registres des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Taille de la population de l'aire de responsabilité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recensements régionaux

Mise en place de certains services de santé dans le cas d'une insuffisance de l'offre de soins

Lorsque l'offre de certains services est insuffisante, l'organisation promotrice du système ou la structure d'appui peuvent envisager de jouer un rôle dans la mise en place de services de santé, s'ils correspondent à des besoins réels ou exprimés de la population cible: création d'une pharmacie, achat d'une ambulance, etc.

Ces activités ne relèvent pas stricto sensu du champ de la micro-assurance. Elles demandent des compétences spécifiques et un apport financier important. Il est donc préférable qu'elles soient gérées par une structure juridique distincte du système de micro-assurance santé et que leur mise en place soit financée par des mécanismes spécifiques.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Estimation des coûts de mise en place et de fonctionnement ● Ressources locales, notamment personnel de santé disponible ● Aspects administratifs (autorisations) 	<p>La mise en place de ce type d'activités ne fait pas l'objet du présent guide. Pour plus de détails, se reporter au guide et manuel:</p> <p>▶ <i>Evaluer la viabilité des centres de santé, coédité par Afvp, CIDR, ReMeD, Medicus Mundi, et le Ministère français de la coopération, 1997.</i></p>

3.1.4 Listes des informations à collecter pour l'objectif 4 «Préparer le choix des services de santé à couvrir»

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. Les critères de choix peuvent varier selon les types d'organisation. Les organisations de la société civile ou leurs structures d'appui privilégient souvent les services répondant aux besoins sanitaires des ménages qu'ils soient ressentis, exprimés ou non, et dont l'utilisation peut poser des problèmes financiers. Elles doivent veiller à prendre en compte les besoins généraux de la population mais aussi les besoins spécifiques des différents groupes qui composent cette population: les femmes, les hommes, les enfants, les adolescents, les travailleurs de certains secteurs, les habitants de certains villages, etc. Les prestataires de soins peuvent privilégier les services qui leur posent le plus de problèmes de recouvrement et/ou de financement.

Panorama des services de santé

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Liste des services dispensés dans les formations sanitaires ● Tarifs officiels 	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilles de tarifs des formations sanitaires

Services de santé prioritaires sur le plan des besoins sanitaires (réels, ressentis) et services dont l'accès est difficile pour des raisons financières

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Besoins réels: services de santé préventifs et curatifs qui permettent de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité ● Moyens actuels d'évacuation des malades vers les échelons supérieurs et besoins en la matière 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes sur la situation sanitaire ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Besoins exprimés par la population: services préventifs et curatifs mais aussi frais de transport, achat de petit matériel, etc. ● Difficultés exprimées par la population: exclusion temporaire, partielle, totale d'un service de santé ● Difficultés exprimées par la population face à différents niveaux de dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages

Besoins spécifiques de certains sous-groupes de la population

La prise en charge de certains services pourra être proposée en option si ces services n'intéressent qu'une partie de la population cible.

Exemple: Le service d'évacuation des malades vers l'hôpital de référence intéresse a priori surtout les populations éloignées de l'hôpital.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Identification des sous-groupes de la population ayant des besoins spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Mise en évidence des besoins spécifiques de ces sous-groupes <p>On identifie les services prioritaires au sein de groupes homogènes: habitants d'un même village, individus d'une classe d'âge, etc.</p> <p>Exemple de résultat: Le service de transport en urgence enregistre des scores particulièrement élevés chez les populations habitant à plus de 15 kilomètres de l'hôpital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages

Services de santé prioritaires car faisant l'objet de problèmes de recouvrement et/ou de financement

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Problèmes d'impayés ● Sous-utilisation de certains services ou équipements 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité ou registres des formations sanitaires ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires

3.1.5 Listes des informations à collecter pour l'objectif 5 «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant»

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. Le tiers payant est plus commode pour les patients mais il suppose la mise en place de mécanismes de gestion spécifiques. Il contribue en outre à accroître la consommation médicale des patients: dans la mesure où ceux-ci ont moins à déboursier, ils sont tentés de consommer «plus». Il induit par conséquent un niveau de cotisation plus élevé. Pour maintenir la cotisation à un niveau acceptable, on peut ne proposer le tiers payant que pour un nombre limité de services.

La sélection des services de santé faisant l'objet du tiers payant peut être effectuée sur des critères de coût des services et de degré d'urgence et/ou d'imprévu caractérisant l'utilisation de ces services.

Exemple: L'hospitalisation d'un blessé accidenté est à la fois imprévue et urgente.

Critères de sélection des services faisant l'objet du tiers payant

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Besoins objectifs: coût des services, degré d'urgence et/ou d'imprévu caractérisant l'utilisation de ces services 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Besoins exprimés par la population 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages

3.1.6 Listes des informations à collecter pour l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible»

Pour pouvoir être couvert par le système de micro-assurance santé et faire bénéficier leurs ayants droit de la couverture, les adhérents doivent payer une cotisation. Pour calculer la cotisation individuelle totale, on doit d'abord calculer la cotisation individuelle correspondant à chaque service couvert. Ensuite on additionne les cotisations par service et on obtient la cotisation totale d'un individu.

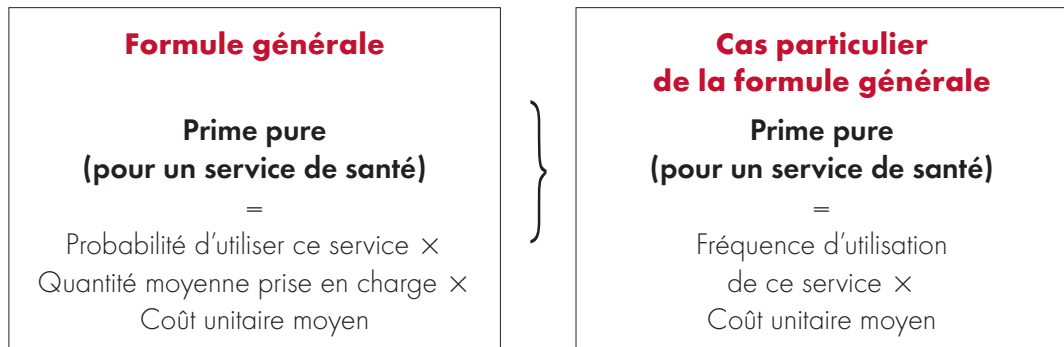
La cotisation individuelle correspondant à un service est la somme de plusieurs éléments:

- la prime pure (pour ce service);
- la charge de sécurité (pour ce service);
- les coûts unitaires de fonctionnement;
- l'excédent unitaire.

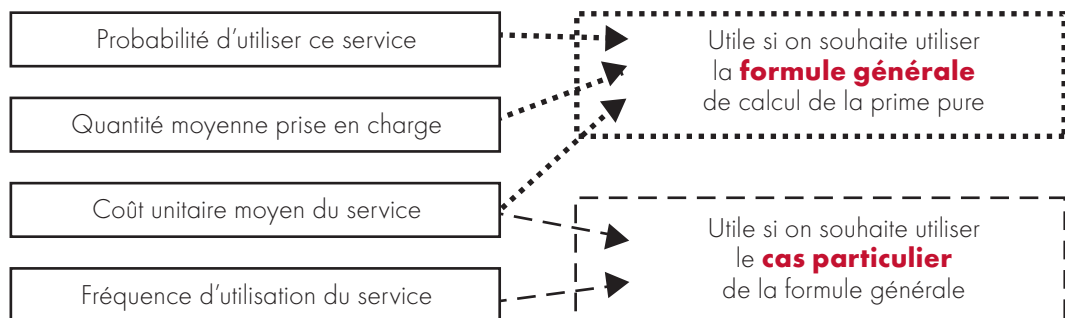
Pour plus de détails se reporter à:

► *Schéma du calcul de la cotisation, étape 5: choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes, tome 1, chapitre 4, page 54.*

La collecte des données sert uniquement à rechercher les informations qui vont permettre de calculer la prime pure. Il existe deux formules de calcul de la prime pure: la formule générale et un cas particulier de cette formule. Ces formules sont les suivantes:



Le présent outil (3.1.6) liste les informations à collecter pour calculer pour chaque service de santé les indicateurs entrant dans le calcul de la prime pure:



Avantages comparatifs des deux formules

La formule générale permet de calculer la prime pure quel que soit le niveau de prise en charge: 100% des dépenses engagées, ticket modérateur, franchise, plafond, etc. Le cas particulier de la formule générale ne permet pas de calculer la prime pure lorsque la garantie prévoit une limitation de la quantité de services de santé pris en charge, comme la prise en charge de la consultation prénatale limitée à 3 CPN par personne et par an, ou la prise en charge des frais de séjour à l'hôpital avec une franchise du premier jour d'hospitalisation. En revanche, le cas particulier est d'utilisation plus simple.

La formule générale s'appuie sur la probabilité de consommer le service de santé. Il sera vu que la probabilité permet aussi de calculer de manière très précise la charge de sécurité. Par conséquent, utiliser la formule générale présente un avantage supplémentaire, celui de pouvoir calculer avec précision la charge de sécurité.



Important. Les données collectées concernent l'utilisation passée des services de santé par une population qui, le plus souvent, ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance santé. Si on utilise telles quelles les données collectées, la valeur de la prime pure obtenue risque d'être sous-évaluée en première année. C'est pourquoi pour le calcul de la probabilité ou de la fréquence d'utilisation d'un service de santé, on utilise la proportion **attendue** de malades ayant recours à la formation sanitaire et non la proportion actuelle.

Liste des informations nécessaires pour calculer la probabilité
(→ utile si l'on utilise la formule générale)

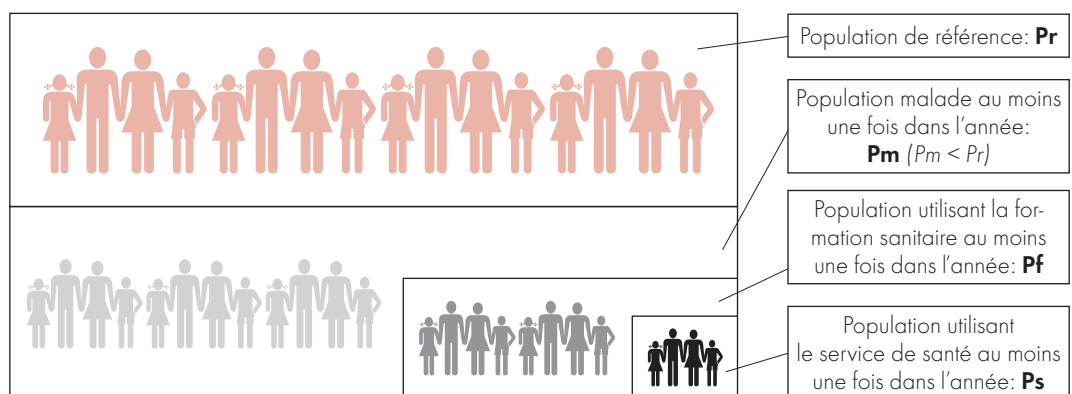
1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires

La probabilité d'utiliser le service de santé est le nombre de personnes utilisant le service de santé au moins une fois dans l'année divisé par la population de référence = P_s/P_r .

La probabilité (P_s/P_r) peut en réalité être décomposée de la manière suivante:

$$P_s/P_r = P_m/P_r \times P_f/P_m \times P_s/P_f$$

- P_m/P_r est le nombre de personnes malades au moins une fois dans l'année divisé par la population de référence. C'est donc la probabilité d'être malade. P_m/P_r est toujours inférieur ou égal à 100%.
- P_f/P_m est la proportion **attendue** de malades ayant recours à la formation sanitaire (N.B.: la proportion attendue est supérieure à la proportion actuelle dans l'hypothèse où la mise en place du système de micro-assurance santé contribue à réduire les exclusions financières).
- P_s/P_f est la proportion d'utilisateurs du service de santé au sein des utilisateurs de la formation sanitaire.



Pour calculer la probabilité d'utiliser le service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- probabilité d'être malade (P_m/P_r);
- proportion **actuelle** de malades ayant recours à la formation sanitaire (l'étude des comportements de recours et de non-recours permet d'estimer la proportion attendue à partir de la proportion actuelle);
- proportion d'utilisateurs du service de santé au sein des utilisateurs de la formation sanitaire (P_s/P_f).

Sources d'informations:

- la probabilité d'être malade peut être obtenue par le biais d'enquêtes auprès des ménages à l'aide d'une question sur le nombre de membres de la famille malades au moins une fois au cours d'une période donnée;
- la proportion actuelle de malades ayant recours à la formation sanitaire peut également être obtenue à partir d'enquêtes auprès des ménages, à l'aide d'une question sur les comportements de recours en cas de maladie;
- la proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire peut être obtenue à partir des registres ou rapports d'activité des formations sanitaires.

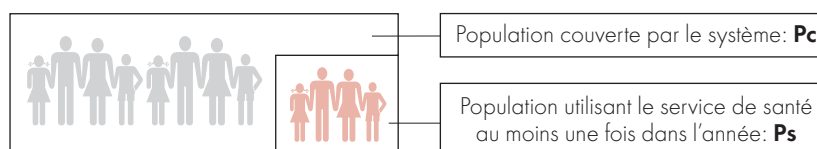
Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Probabilité d'être malade (P_m/P_r), c'est-à-dire le nombre de personnes malades au moins une fois dans l'année divisé par la taille de la population enquêtée ● Proportion actuelle de malades ayant recours à la formation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages
<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire (P_s/P_f) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires

2. Autre méthode de collecte et de calcul de la probabilité: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

La probabilité d'utiliser un service de santé peut également être obtenue à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants, lorsque de tels systèmes ont été mis en place auprès d'une population cible similaire.

La probabilité d'utiliser le service de santé est le nombre de personnes utilisant au moins une fois le service de santé dans l'année parmi les personnes couvertes par le système (les adhérents et leurs ayants droit) = P_s/P_c



Pour calculer la probabilité de consommer le service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- population totale couverte par le système (P_c);
- nombre de personnes couvertes ayant utilisé au moins une fois dans l'année le service de santé (P_s).

Sources d'informations: système d'information du système de micro-assurance santé, notamment les registres et tableaux de bord relatifs aux prestations et aux adhésions.

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Population totale couverte par le système (P_c) ● Nombre de personnes couvertes ayant utilisé au moins une fois dans l'année le service de santé (P_s) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Système d'information d'un système de MAS préexistant

Liste des informations nécessaires pour calculer la quantité moyenne prise en charge (→ utile si l'on utilise la formule générale)

Parmi les personnes utilisant au moins une fois le service de santé dans l'année, certaines l'utilisent une fois, d'autres deux fois, d'autres trois fois, etc.

Pour calculer la quantité consommée, on doit collecter le nombre d'utilisations du service pour chaque patient.

Ces informations peuvent être obtenues:

- en dépouillant les registres et rapports d'activité des formations sanitaires;
- ou bien en effectuant le suivi d'un échantillon de patients;
- ou bien à partir des données de gestion d'un système de micro-assurance santé préexistant.

Quelle que soit la source d'information, au moment de la collecte on dresse un tableau de synthèse avec, d'un côté, le nombre de fois où le service a été utilisé (1 fois, 2 fois, etc.), ou bien le nombre d'unités consommées (un jour, deux jours, etc., dans le cas de l'hospitalisation), et de l'autre le nombre de patients concernés:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	...
Nombre de patients concernés						

Cette forme de présentation faisant apparaître le détail du nombre de patients concernés pour chaque nombre de fois où le service a été utilisé permet de calculer la quantité moyenne prise en charge.

Le calcul de la quantité moyenne prise en charge sera effectué au moment du calcul de la prime pure au cours de la phase de construction du système (voir 4.5.2, page 133).

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
● Nombre d'utilisations du service de santé par utilisateur et par an	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires ● ou suivi d'un échantillon de patients ● ou système d'information d'un système de MAS préexistant

Liste des informations nécessaires pour calculer le coût unitaire moyen (→ utile quelle que soit la formule de calcul utilisée)

L'utilisation d'un service de santé peut coûter plus ou moins cher. Le coût de la consultation peut ainsi varier entre une formation sanitaire publique (en général, coût faible) et un prestataire privé. Le montant d'une ordonnance de médicaments peut être plus ou moins élevé en fonction du nombre de médicaments prescrits et de leurs tarifs respectifs.

Pour calculer le coût unitaire moyen, on doit donc collecter pour chaque utilisation du service de santé, le coût unitaire de l'utilisation.

Ces informations peuvent être obtenues:

- en dépouillant les registres et rapports d'activité des formations sanitaires;
- ou bien en effectuant le suivi d'un échantillon de patients;
- ou bien à partir des données de gestion d'un système de micro-assurance santé préexistant.

Quelle que soit la source d'information, au moment de la collecte on dresse un tableau de synthèse avec d'un côté le coût du service (1000 UM, 1200 UM, 1500 UM, etc.) et de l'autre le nombre de fois où ce coût a été observé:

Coût du service	1000	1200	1500	1800	2000	...
Nombre d'utilisations	10	25	50	10	5	

Cette forme de présentation faisant apparaître le détail du nombre d'utilisations pour chaque niveau (ou tranche) de coût permet de calculer le coût unitaire moyen pris en charge quel que soit le mode d'expression de la garantie (y compris forfaits/plafonds et franchises monétaires).

Lorsque l'on connaît le taux de prévalence* par pathologie et le coût des services par pathologie, on peut dresser le tableau de synthèse suivant (les chiffres sont totalement fictifs):

Pathologie	Paludisme	Troubles respiratoires	Diarrhée	...
Taux de prévalence	10%	15%	9%	
Coût moyen de la consultation	500	500	500	
Coût moyen de l'ordonnance	700	1000	300	
Coût moyen des analyses	500	600	500	

Cette forme de présentation ne permet pas cependant de calculer le coût unitaire moyen pour tous les modes d'expression de la garantie (peu adaptée dans le cas de forfaits/plafonds et franchises monétaires).

Le calcul du coût unitaire moyen pris en charge sera effectué au moment du calcul de la prime pure au cours de la phase de construction du système (voir 4.5.2 a), page 137).

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Coût unitaire de l'utilisation du service de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires ● ou suivi d'un échantillon de patients ● ou système d'information d'un système de MAS préexistant

Liste des informations nécessaires pour calculer la fréquence
(→ utile si l'on utilise le cas particulier de la formule générale)

1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires

La fréquence d'utilisation du service de santé est le nombre de fois où le service a été utilisé dans l'année divisé par la population de référence = N_s/Pr .

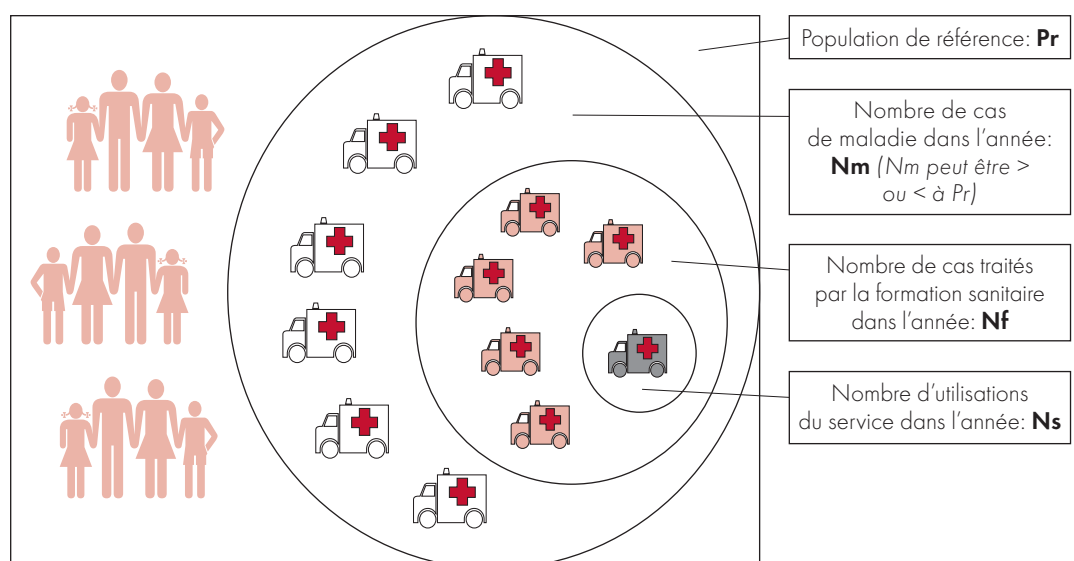
Les informations nécessaires au calcul de la fréquence d'utilisation peuvent être à première vue obtenues à partir des registres et rapports d'activité des formations sanitaires concernées. Dans ce cas la population de référence est celle de l'aire d'attraction de la formation sanitaire, qui peut être d'ailleurs différente de la population de son aire administrative.

Cependant, la fréquence d'utilisation du service calculée à partir des données des formations sanitaires risque d'être sous-évaluée. En effet la mise en place du système de micro-assurance santé va vraisemblablement contribuer à accroître l'utilisation des services couverts, en raison d'une réduction des exclusions financières. Pour estimer la fréquence d'utilisation **attendue** du service de santé il est donc nécessaire de tenir compte des comportements de recours et de non recours de la population cible. Pour cela, une partie des données doit être collectée auprès des ménages.

La fréquence (N_s/Pr) peut en réalité être décomposée de la manière suivante:

$$N_s/Pr = N_m/Pr \times N_f/N_m \times N_s/N_f \text{ où:}$$

- N_m/Pr est le nombre de cas de maladie dans l'année divisé par la population de référence; c'est donc la fréquence des maladies dans la population de référence; N_m/Pr peut être inférieur ou supérieur à 100%;
- N_f/N_m est la proportion **attendue** de cas de maladie traités au sein de la formation sanitaire parmi l'ensemble des cas de maladie (N.B. la proportion attendue est vraisemblablement supérieure à la proportion actuelle compte tenu de la réduction des exclusions financières liée à la mise en place du système de micro-assurance santé);
- N_s/N_f est la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire.



Pour calculer la fréquence d'utilisation du service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- nombre de cas de maladie dans la population de référence (N_m et Pr);

- proportion **actuelle** de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire (l'étude des comportements de recours et de non-recours permet d'estimer la proportion attendue à partir de la proportion actuelle);
- part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire (N_s/N_f).

Sources d'informations:

- le nombre de cas de maladie dans la population de référence peut être obtenu par le biais d'enquêtes ménages à l'aide d'une question sur le nombre de cas de maladie survenus sur une période donnée parmi les membres de la famille;
- la proportion de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire peut également être obtenue à partir d'enquêtes auprès des ménages à l'aide d'une question sur les comportements de recours en cas de maladie;
- la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire peut être obtenue à partir des registres ou rapports d'activité des formations sanitaires.

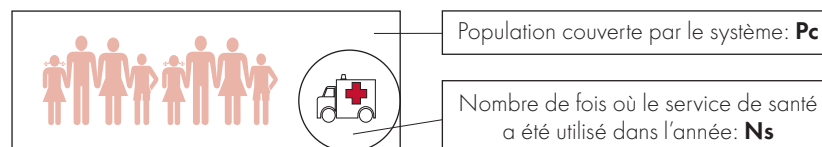
Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de cas de maladie dans la population enquêtée (N_m/Pr) ● Proportion de cas de maladie traités par la formation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages
<ul style="list-style-type: none"> ● Part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire (N_s/N_f) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires

2. Autre méthode de collecte et de calcul de la fréquence: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

La fréquence d'utilisation d'un service de santé peut également être obtenue à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants, lorsque de tels systèmes ont été mis en place auprès d'une population cible similaire.

La fréquence d'utilisation du service de santé est le nombre de fois où le service a été utilisé dans l'année parmi les personnes couvertes par le système (les adhérents et leurs ayants droit) = N_s/P_c



Pour calculer la fréquence d'utilisation du service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- population totale couverte par le système (P_c);
- nombre de fois où le service de santé a été utilisé dans l'année (N_s).

Sources d'informations: système d'information du système, notamment les registres et tableaux de bord relatifs aux prestations et aux adhésions.

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Population totale couverte par le système (Pc) ● Nombre de fois où le service de santé a été utilisé dans l'année (Ns) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Système d'information d'un système de MAS préexistant

3.1.7 Listes des informations à collecter pour l'objectif 7 «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires»

La cotisation individuelle doit permettre de couvrir (en totalité ou en partie) les coûts de fonctionnement des formations sanitaires, répartis sur chaque individu. Il s'agit donc d'estimer les coûts de fonctionnement totaux des formations sanitaires et de les diviser par le nombre d'utilisateurs attendu.

Remarque: Dans certains cas, il est possible d'estimer les coûts de fonctionnement par branche d'activité de la formation sanitaire. L'estimation des coûts par branche est plus fine et laisse plus de possibilités lors du choix des services à couvrir. On peut ainsi décider de ne couvrir qu'une partie des services de la formation sanitaire.

Exemple: Pour un hôpital, il est possible d'estimer les coûts de fonctionnement du service «Maternité – Obstétrique», du service «Chirurgie», du service «Consultations ambulatoires», etc.

Coûts fixes prévisionnels de la formation sanitaire

Les coûts fixes prévisionnels sont estimés à partir des coûts fixes actuels et des charges supplémentaires prévues pour l'exercice suivant: investissements, recrutements, etc.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Coûts fixes actuels: amortissement des équipements et du matériel, entretien des bâtiments et du matériel, coûts de personnel, coûts de formation, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Données comptables des formations sanitaires

Coûts variables prévisionnels de la formation sanitaire³

Les coûts variables prévisionnels sont estimés à partir des coûts variables actuels, de l'estimation du taux de pénétration du système et de différents taux de croissance liés à la mise en place du système.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Coûts variables actuels, c'est-à-dire liés au nombre d'utilisateurs: achat de médicaments, de consommables, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Données comptables des formations sanitaires

³ Souvent, dans les systèmes de micro-assurance santé mis en place par les prestataires de soins, l'assurance ne couvre pas les coûts variables comme les médicaments ou les produits consommables qui restent à la charge de l'utilisateur.

Nombre prévisionnel d'utilisateurs

Le calcul de la cotisation est effectué à partir des coûts fixes et variables prévisionnels et du nombre d'utilisateurs attendu. Ce dernier est obtenu à partir du nombre d'utilisateurs actuels, chaque utilisateur étant comptabilisé une seule fois même s'il utilise la formation sanitaire plusieurs fois dans l'année, et de l'estimation du taux de croissance du nombre d'utilisateurs.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre d'utilisateurs actuels, chaque utilisateur étant comptabilisé une seule fois 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires

3.1.8 Listes des informations à collecter pour l'objectif 8 «Évaluer la disposition à payer de la population cible»

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. La disposition à payer de la population cible (ce que les individus sont prêts à payer) permet de définir un montant maximum de cotisation à ne pas dépasser. Lorsque les revenus sont saisonniers, la disposition à payer peut être importante à certains moments de l'année et quasi nulle à d'autres périodes. Il est souhaitable que le versement de la cotisation s'adapte à ces variations. La prise en compte de la disposition à payer dans le choix des niveaux et de la périodicité des cotisations conditionne le succès du système en termes d'adhésion et de recouvrement des cotisations.

Remarque: L'objectif n'est pas ici de déterminer le montant de la cotisation. Il s'agit d'identifier une fourchette de cotisation qui pourra servir de référence lors de l'élaboration des différents scénarios dans le cadre de la faisabilité financière. En outre, les intentions de contribution exprimées par la population cible doivent être prises avec précaution. Ainsi, ce n'est pas parce que 90% des personnes interrogées proposent un montant de 50 UM par mois et par personne qu'elles adhèreraient effectivement à une assurance pour ce montant. D'autres facteurs influent également sur les adhésions, tels que l'intérêt des services offerts, la compréhension du système, la qualité des services de santé couverts, la confiance, etc.

Montant de la cotisation et saisonnalité de la disposition à payer

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Intentions de contribution exprimées par la population ● Saisonnalité de la disposition à payer en liaison avec la saisonnalité des revenus ● Groupes homogènes en termes de disposition à payer, avec pour chaque groupe, le niveau de disposition à payer 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des ménages
<ul style="list-style-type: none"> ● Niveaux de contribution actuels dans le cadre d'autres organisations de la société civile mettant en jeu des cotisations périodiques (coopératives, associations, systèmes de micro-assurance santé) et périodicité du paiement de ces cotisations (mensuelle, au moment des récoltes, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile ● Autres systèmes de micro-assurance santé

3.1.9 Listes des informations à collecter pour l'objectif 9 «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques»

Cet objectif intéresse les promoteurs qui envisagent de négocier des accords de partenariat avec les prestataires de soins. Il peut s'agir d'accords sur les prix, sur les procédures d'accueil des assurés, sur les protocoles thérapeutiques, sur le mode de paiement des services de santé (à l'acte ou forfaitaire). Il peut s'agir aussi d'un accord de tiers payant. Dans ce cas, il s'agit également de se mettre d'accord sur les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au paiement. L'expérience montre que ces accords sont souvent informels; ils peuvent toutefois être formalisés dans des conventions. Il s'agit de savoir quels seront les interlocuteurs du système au moment de la préparation des accords et sur quels points les accords pourront porter: tarifs, normes de qualité, etc.

Cet objectif intéresse aussi les promoteurs qui envisagent de financer l'évacuation des malades d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire et souhaitent pour cela passer un accord tarifaire avec les associations ou les syndicats de transporteurs.

Cet objectif intéresse enfin les promoteurs qui souhaitent promouvoir l'éducation à la santé et la prévention en direction de leurs adhérents en les faisant participer à un programme de prévention organisé par l'Etat, une ONG, une structure d'appui. Cette activité est complémentaire de celle de micro-assurance car la prévention et l'éducation en matière de santé permettent de réduire la prévalence de certaines maladies et par conséquent les dépenses du système de micro-assurance santé.

Dans certains pays l'Etat octroie des aides financières aux systèmes de micro-assurance santé: subvention des cotisations, offre de services d'appui à des tarifs avantageux, financement de fonds de garanties*, etc. Il est important de se renseigner sur les possibilités qui existent.

Cadre légal pour la contractualisation avec les prestataires de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Existence d'un cadre légal, dispositions de ce cadre 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les autorités sanitaires ● Cadre politique et juridique

Identification des interlocuteurs pour passer des accords avec les prestataires de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Organisation de la pyramide sanitaire ● Responsabilités respectives des formations sanitaires et des organes de tutelle dans le fonctionnement courant des formations sanitaires: fixation des tarifs, des procédures d'accueil des patients, des règles d'approvisionnement en médicaments, des protocoles thérapeutiques, organisation de la gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ● Carte sanitaire ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires ● Entretiens avec les autorités sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Mode de gestion de la structure sanitaire: existence d'un comité de gestion, autonomie de gestion, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires

Estimation des tarifs en vue de la définition de tarifs conventionnés

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Tarifs officiels ● Modes de tarification actuels des services de santé: montant par acte, montant pour un paquet de services comprenant un ou plusieurs actes selon les besoins du patient, montant par journée d'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilles de tarifs des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Estimation des surtarifications éventuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des patients ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires ● Entretiens avec les ONG locales de lutte contre la corruption
<ul style="list-style-type: none"> ● Tarifs négociés par d'autres systèmes de micro-assurance santé dans la région avec des formations sanitaires comparables: rabais, formules avantageuses 	<ul style="list-style-type: none"> ● Autres systèmes de micro-assurance santé

Niveaux de qualité et fonctionnement des formations sanitaires en vue de la définition de normes de qualité

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Etat des infrastructures et des équipements, besoins en équipements ● Durée moyenne d'attente (objective, perçue), présence effective du personnel soignant (perçue), personnel en nombre suffisant ● Disponibilité en médicaments (objective, perçue) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoring ● Enquêtes auprès des patients ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Procédures appliquées en matière de confidentialité des dossiers médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquêtes auprès des patients ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Rationalisation des schémas thérapeutiques ● Protocoles thérapeutiques utilisés 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires

Modes de paiement des prestataires de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Mode de tarification actuel des services de santé: forfait par acte, regroupement d'actes, journée d'hospitalisation, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilles de tarifs des formations sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Mode de paiement souhaité par la formation sanitaire: par acte, regroupement d'actes, journée d'hospitalisation, épisode de maladie, capitation (forfait annuel par personne couverte) ● Fréquence souhaitée pour les paiements dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires

Accords avec les transporteurs

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Possibilité d'un accord ● Estimation des tarifs pour les trajets des évacuations ● Possibilité d'un mécanisme de tiers payant 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les transporteurs

Participation à des programmes d'éducation à la santé et de prévention

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Existence de programmes d'éducation à la santé et de prévention, de mise à disposition de médicaments et de dépistage ● Activités des programmes (dépistage, prévention, accès aux traitements) et pathologies concernées (infection par le VIH, tuberculose) ● Modalités de la collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les autorités sanitaires ● Entretiens avec les responsables de programmes de prévention

Aides financières publiques existantes et modalités d'octroi

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Recensement des aides financières possibles ● Modalités d'octroi (conditions à remplir) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadre politique et juridique

3.1.10 Listes des informations à collecter pour l'objectif 10 «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système»

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. Il s'agit d'identifier parmi les organisations de la société civile existantes, y compris d'éventuels systèmes de micro-assurance santé, des modes d'organisation astucieux ou des mécanismes de gestion efficaces. Pour celles ayant mis en place des réseaux, il s'agit d'en apprécier la densité.

Par ailleurs, des informations sur les taux de pénétration obtenus par d'autres systèmes de micro-assurance santé ou sur les pourcentages de frais de gestion, peuvent servir de référence lors du calcul des cotisations ou de l'établissement du budget prévisionnel du système de micro-assurance santé.

L'idée est donc de mettre à profit les expériences et les savoir-faire locaux.

Organisations en réseau

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Existence et caractéristiques du réseau, nombre d'antennes et localisation, activités des antennes, effectifs par antenne 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile

Modes d'organisation

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Statut légal des organisations ● Instances de décision, d'exécution et de contrôle ● Rôle des membres des organisations 	<ul style="list-style-type: none"> ● Autres systèmes de micro-assurance santé ● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile

Principales règles de gestion

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Règles d'adhésion ● Mécanisme utilisé pour effectuer le recouvrement des cotisations et niveau de recouvrement obtenu 	<ul style="list-style-type: none"> ● Autres systèmes de micro-assurance santé ● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile

Autres indicateurs

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> ● Taux de pénétration, pourcentage de frais de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ● Autres systèmes de micro-assurance santé

3.2 Exemples de supports de collecte de l'information

Démarche proposée pour élaborer des supports de collecte

Il est indispensable, avant d'élaborer le support de collecte correspondant à une source d'information, d'avoir identifié les informations que l'on cherche à collecter auprès de cette source.

Pour établir la liste des informations à collecter auprès de chaque source, le comité de pilotage peut s'appuyer sur le tableau de mise en œuvre élaboré au cours de la définition de la démarche de collecte. Les deux premières colonnes du tableau comportent en effet, pour chaque source d'information que le comité de pilotage envisage de consulter, la liste des informations qu'il cherche à collecter. Pour plus de détails sur le tableau de mise en œuvre se reporter à :

► Remplir le tableau de mise en œuvre, étape 1 : définir la démarche de la collecte, tome 1, chapitre 3, page 39.

Une fois que l'on sait quelles informations rechercher auprès de chaque source d'information, on peut construire les supports de collecte. Pour élaborer ces supports le comité de pilotage peut s'appuyer sur les exemples de supports proposés ci-après.

Présentation des exemples de supports

Cinq exemples (outils) sont proposés :

- 3.2.1: exemple de grille pour collecter des données dans les rapports d'activité et registres des formations sanitaires;
- 3.2.2: exemple de fiche de suivi d'un échantillon de patients;
- 3.2.3: exemple de formulaire d'entretien avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires;
- 3.2.4: exemple de formulaire d'entretien avec les autorités sanitaires;
- 3.2.5: exemple de questionnaire d'enquête auprès des ménages.

Pour chaque exemple, il est rappelé brièvement quels sont les objectifs du comité de pilotage et quelles sont les informations que celui-ci souhaite rechercher pour atteindre ces objectifs.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les exemples de supports de collecte sont des outils que le comité de pilotage peut utiliser pour élaborer ses propres supports de collecte.

Précaution n° 1: il ne s'agit en aucun cas de modèles. Les exemples proposés ici répondent à certains objectifs (pas à tous) et permettent seulement de collecter une sélection d'informations utiles et pertinentes dans un contexte donné. Pour réaliser des supports de collecte adaptés, il est donc préférable de ne pas «recopier» des supports de collecte existants et/ou ayant fait leur preuve, mais de commencer par lister les informations que l'on souhaite collecter (cf. démarche plus haut).

Précaution n° 2: ils ne sont pas exhaustifs. Seulement 5 exemples de supports (correspondant à 5 sources d'information) sont proposés. Tous les autres supports pourront être inventés en suivant une démarche similaire.

3.2.1 Exemple de grille pour collecter des données dans les rapports d'activité et registres des formations sanitaires

Objectifs du comité de pilotage

Les rapports d'activité et registres des formations sanitaires permettent de collecter des données utiles pour différents objectifs: l'objectif 2 (Préparer le choix de la population cible); l'objectif 3 (Préparer le choix des prestataires de soins partenaires); l'objectif 4 (Préparer le choix des services de santé à couvrir); l'objectif 6 (Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible); l'objectif 7 (Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires).

Dans l'exemple qui suit, le comité de pilotage poursuit seulement les objectifs 3 et 6. Il n'a pas encore présélectionné les prestataires de soins partenaires et cherche des données afin de préparer ce choix (objectif 3). Il cherche à préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible (objectif 6). Il ne sait pas encore quelle formule de calcul de la prime pure (formule générale ou cas particulier de la formule générale) il va utiliser.

EXEMPLE DE GRILLE DE SAISIE

Source: **Rapports d'activité et registres**

Formation sanitaire: _____

Localité, adresse: _____

Date de la collecte: _____

Fréquentation et utilisation de la formation sanitaire

Population de référence	<input type="text"/>	Année	<input type="text"/>
Nombre de nouveaux cas	<input type="text"/>	Année	<input type="text"/>
Nombre total d'utilisations	<input type="text"/>	Année	<input type="text"/>
Nombre d'utilisateurs (chacun compté une fois)	<input type="text"/>	Année	<input type="text"/>

Calculer les taux de fréquentation utile pour préparer le choix des formations sanitaires partenaires (objectif 3)

Probabilité, fréquence et quantité moyenne prise en charge

Nom du service	Nombre d'utilisations	Nombre d'utilisateurs (chacun compté une fois)	Nombre d'unités consommées
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calculer la **fréquence d'utilisation** du service de santé (objectif 6 - cas particulier de la formule générale)

Calculer la **probabilité de consommer** le service de santé (objectif 6 - formule générale)

Coût unitaire moyen

Noms des pathologies	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de prévalence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coût moyen de la consultation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coût moyen de l'ordonnance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coût moyen des analyses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calculer la **quantité moyenne** prise en charge (objectif 6 - formule générale)

Calculer le **coût unitaire moyen** de chaque service (objectif 6 - quelle que soit la formule)

Liste des informations à collecter

Si le comité de pilotage a déjà établi un tableau de mise en œuvre, la liste des informations à collecter dans les rapports d'activité et registres des formations sanitaires est déjà prête.

Les rapports d'activité et registres permettent de collecter différentes informations utiles pour calculer les taux de fréquentation des formations sanitaires. Ces taux peuvent servir de critères pour préparer le choix des formations sanitaires (objectif 3). Il s'agit des informations suivantes:

- le nombre de nouveaux cas recensés pour la formation sanitaire;
- la population de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire (cette donnée, si elle n'est pas disponible au niveau de la formation sanitaire, peut être obtenue à partir de la carte sanitaire).

Les rapports d'activité et registres permettent de collecter différentes informations utiles pour calculer la probabilité, la quantité moyenne prise en charge, le coût unitaire moyen ainsi que la fréquence d'utilisation de chaque service de santé.

Pour le calcul de la probabilité, l'information à collecter est:

- la proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire.

Pour le calcul de la quantité moyenne prise en charge, l'information à collecter est:

- le nombre d'utilisations du service de santé (ou nombre d'unités consommées) par utilisateur et par an.

Pour le calcul du coût unitaire moyen, les informations à collecter sont:

- le coût unitaire moyen de l'utilisation du service de santé par pathologie et le taux de prévalence de chaque pathologie.

Pour le calcul de la fréquence d'utilisation, l'information à collecter est:

- la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire, c'est-à-dire le nombre d'utilisations du service divisé par le nombre d'utilisations de la formation sanitaire.

3.2.2 Exemple de fiche de suivi d'un échantillon de patients

Objectifs du comité de pilotage

Le suivi d'un échantillon de patients permet au comité de pilotage de collecter des données permettant de calculer la quantité moyenne prise en charge et le coût unitaire moyen (objectif 6).

Liste des informations à collecter

Si le comité de pilotage a déjà établi un tableau de mise en œuvre de la collecte, la liste des informations à collecter dans le cadre du suivi d'un échantillon de patients est déjà prête. Les informations à collecter sont:

- le nombre d'utilisations du service de santé par utilisateur et par an (qui permettra de calculer la quantité moyenne d'unités consommées);
- le coût unitaire de l'utilisation du service de santé (qui permettra de calculer le coût unitaire moyen).

Le patient suivi a «consommé» une consultation. Il a aussi été hospitalisé trois jours consécutifs

Le patient n'a pas acheté l'ensemble des médicaments et consommables prescrits. Pour calculer le coût unitaire moyen de l'acte «Médicaments et consommables» on doit prendre en compte le coût de l'ordonnance et non le montant acheté

Deux ordonnances de médicaments ont été prescrites, l'une de médicaments disponibles à la pharmacie du centre, l'autre de médicaments disponibles uniquement dans les pharmacies privées.

Il est fréquent que les prestataires ne limitent pas leurs prescriptions aux produits disponibles dans le dépôt pharmaceutique de leur centre de santé et ajoutent des spécialités ou des produits de marque que les patients devront acheter notamment dans des pharmacies privées.

Cette fiche permet d'estimer quelle est la part que représentent ces produits dans la dépense moyenne totale des patients. Un système de micro-assurance peut couvrir ces dépenses mais cette prise en charge doit être mûrement réfléchie car elle peut entraîner une prescription abusive (le plus souvent à la demande des malades) de produits de marque aux dépens des génériques.

EXEMPLE DE FICHE DE SUIVI

Source: **Suivi d'un échantillon de patients**

Centre de santé: _____

Localité, adresse: _____

Date de la collecte: _____

Service concerné

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation curative | <input type="checkbox"/> Petite hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Consultation prénatale | <input type="checkbox"/> Petite chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Consultation postnatale | <input type="checkbox"/> Accouchement |
| <input type="checkbox"/> Suivi des enfants 0-5 ans | |

Actes

	Quantité consommée	Coût unitaire
Consultation curative	1	400 UM
Consultation prénatale		
Consultation postnatale		
Petite chirurgie		
Petite hospitalisation (nombre de jours/coût d'une journée)	3 jours	800 UM par jour
Suivi des enfants 0,5 ans		
Accouchement		

Médicaments et consommables

Médicaments achetés à la pharmacie du centre de santé

Nombre d'ordonnances	Coût d'une ordonnance	Montant acheté
1	1000 UM	800 UM

Médicaments et consommables à acheter à l'extérieur (pharmacies privées...)

Nombre d'ordonnances	Coût d'une ordonnance	Montant acheté
1	3000 UM	/

Remarque: Pour les médicaments et consommables médicaux on peut distinguer le coût de l'ordonnance et le montant réellement acheté. Cela permet de mettre en évidence le pourcentage de patients qui n'achètent pas la totalité de l'ordonnance faute d'argent ou pour d'autres raisons (par exemple s'ils estiment que certains médicaments ne sont pas utiles). Toutefois, le calcul du coût unitaire moyen est effectué à partir du coût de l'ordonnance.

Réalisation du suivi d'un échantillon de patients

Le suivi d'un échantillon de patients peut être effectué à partir des registres de la formation sanitaire. On peut alors choisir un échantillon de patients à partir du registre des consultations, puis relever les consommations de ces patients dans les registres des autres services de la formation sanitaire (pharmacie, laboratoire, etc.).

Si les registres ne sont pas suffisamment détaillés et que la formation sanitaire conserve un dossier médical par patient, ces données peuvent être collectées à partir de l'analyse des dossiers médicaux des patients de l'échantillon. De la même manière on choisit un échantillon de patients, et on relève la consommation médicale de chacun d'eux pendant une période donnée.

Enfin, si les dossiers médicaux sont inexistantes ou incomplets, ces données peuvent être collectées à partir du remplissage de fiches de suivi à chaque utilisation du service par un patient de l'échantillon.

Dans notre exemple c'est la dernière option qui est retenue car les registres et dossiers médicaux ne comprennent pas toutes les informations recherchées.

3.2.3 Exemple de formulaire d'entretien avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires

Objectifs du comité de pilotage

Les entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires permettent de collecter des données utiles pour différents objectifs.

Dans l'exemple qui suit, le comité de pilotage ne poursuit qu'un petit nombre d'objectifs: il souhaite connaître un peu mieux le contexte sanitaire (objectif 1); il cherche à collecter des informations permettant de guider le choix des services de santé à couvrir par le système (objectif 4); il cherche aussi à préparer les accords avec les prestataires de soins (objectif 9).

Liste des informations à collecter

Si le comité de pilotage a déjà établi un tableau de mise en œuvre, la liste des informations à collecter dans le cadre des entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires est déjà prête. Il s'agit d'informations sur le contexte sanitaire et les problèmes d'accès aux soins. Il s'agit aussi d'identifier les services de santé correspondant à des besoins prioritaires de la population en termes sanitaires et ceux qui font l'objet de problèmes de recouvrement ou de financement. Ces entretiens permettent enfin de collecter des informations utiles pour préparer les accords avec les prestataires de soins.

EXEMPLE DE FORMULAIRE D'ENTRETIEN

Source: **Personnel de santé – Responsable de formation sanitaire**

Centre de santé: _____

Interlocuteur: _____

Localité, adresse: _____

Date de la collecte: _____

Informations permettant de connaître le contexte (objectif 1)

Situation sanitaire, problèmes d'accès aux soins

1. Quelles sont les principales maladies rencontrées par la population?
chez les enfants:
chez les femmes adultes:
chez les hommes adultes:
2. Lesquelles provoquent le plus de décès?
chez les enfants:
chez les femmes adultes:
chez les hommes adultes:
3. Y a-t-il dans votre circonscription des problèmes d'assainissement, d'eau potable?
4. Quelles sont les plus mauvaises périodes sur le plan sanitaire?
5. Est-ce que les utilisateurs ont du mal à payer les services de santé?
6. A quelles périodes de l'année plus particulièrement?
7. Avez-vous parfois des demandes de crédits de la part de patients qui ne peuvent payer les dépenses de santé?
8. Est-ce que des initiatives ont été prises pour faciliter le paiement des services de santé (caisse d'entraide, systèmes de crédits, etc.)? Lesquelles?
9. Est-ce que certains utilisateurs viennent de loin? De quels villages?
10. Ont-ils du mal à venir jusqu'au centre de santé?

Informations permettant de préparer le choix des services de santé à couvrir par le système (objectif 3)

Services de santé prioritaires

11. Quels services de santé (préventifs/curatifs) sont selon vous essentiels pour réduire les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité?
chez les enfants:
chez les femmes adultes:
chez les hommes adultes:
12. Pour quels services de santé avez-vous le plus de problèmes de recouvrement ou de financement (sous-utilisation)?

Informations permettant de comprendre le fonctionnement actuel et d'identifier sur quels points pourront porter les accords (tarifs, normes de qualité) (objectif 9)*Fonctionnement actuel de la formation sanitaire*

13. Quelles sont les procédures d'accueil des patients?
Exemple: passage à la caisse en premier
14. Est-ce qu'il arrive que ces procédures ne soient pas respectées?
- 14bis Si oui, dans quel cas?
15. Est-ce que les patients doivent attendre longtemps avant d'être vus par le personnel soignant?
- 15bis Si oui, à quoi est due cette attente?
- 15ter Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour réduire la durée d'attente?
16. Est-ce que la pharmacie de la formation sanitaire est parfois en rupture de stock de certains médicaments?
- 16bis Si oui, à quoi cela est-il dû?
Exemples: un seul fournisseur, centralisation des commandes
- 16ter Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour éviter les ruptures de stock?
17. Quelles sont les procédures appliquées pour respecter le secret médical et la confidentialité des dossiers médicaux?
18. Est-ce que vous utilisez des protocoles thérapeutiques prédéfinis par pathologie?
- 18bis Si oui, qui définit ces protocoles?
- 18ter Pouvez-vous les faire évoluer?
19. Comment sont établies les grilles de tarifs? Et quel est le mode de facturation actuel (par acte, par épisode de maladie, etc.)?
20. Savez-vous si les patients paient parfois des pourboires pour être soignés plus rapidement?
- 20bis Si oui, connaissez-vous le montant de ces pourboires? (fourchette)

Informations permettant d'identifier les interlocuteurs pour les accords (objectif 9)*Interlocuteurs pour les accords*

21. Nous envisageons de mettre en place un système de micro-assurance santé. L'objectif de ce système est de faciliter le paiement des services de santé par les usagers. Ce système pourrait passer des accords avec certaines formations sanitaires afin de convenir de règles de fonctionnement spécifiques ou de tarifs différents des tarifs officiels.
- Avez-vous la possibilité de conclure ce type d'accord?
- Si non, à qui devons-nous nous adresser?

3.2.4 Exemple de formulaire d'entretien avec les autorités sanitaires

Objectifs du comité de pilotage

Les entretiens avec les autorités sanitaires permettent de collecter des données utiles pour différents objectifs.

Dans l'exemple qui suit, le comité de pilotage souhaite mieux connaître le contexte (objectif 1). Il cherche aussi à préparer les accords avec les prestataires de soins (objectif 9).

Liste des informations à collecter

Si le comité de pilotage a déjà établi un tableau de mise en œuvre, la liste des informations à collecter dans le cadre des entretiens avec les autorités sanitaires est déjà prête. Il s'agit d'informations sur le contexte sanitaire, l'offre de soins, ainsi que des informations sur l'environnement politique et institutionnel en matière de santé et de protection sociale. Ces entretiens permettent aussi de collecter des informations utiles pour préparer les accords avec les prestataires de soins.

EXEMPLE DE FORMULAIRE D'ENTRETIEN

Source: **Autorités sanitaires**

Interlocuteurs: _____

Organisme: _____

Date de la collecte: _____

Informations permettant de connaître le contexte (objectif 1)

Contexte sanitaire, problèmes d'accès aux soins

1. Quels sont les principaux problèmes de santé de la population?
chez les enfants:
chez les femmes adultes:
chez les hommes adultes:
2. Lesquelles provoquent le plus de décès?
chez les enfants:
chez les femmes adultes:
chez les hommes adultes:
3. Quels sont les principaux indicateurs sanitaires?
taux de mortalité =
taux de mortalité infantile =
taux de mortalité maternelle =
taux de dénutrition =
4. Y a-t-il dans la région des problèmes d'assainissement, d'eau potable?
5. Quelles sont les plus mauvaises périodes sur le plan sanitaire?

6. Est-ce que les utilisateurs des formations sanitaires rencontrent des difficultés pour payer les services de santé?
 - 6bis Quels services en particulier?
 - 6ter A quelles périodes de l'année plus particulièrement?
7. Est-ce que des initiatives ont été développées pour faciliter le paiement des services de santé (caisse d'entraide, systèmes de crédits, etc.)? Si oui, lesquelles?
8. Est-ce que les utilisateurs des formations sanitaires ont des difficultés pour accéder aux formations sanitaires?
 - 8bis Dans quelles communes/districts ce problème est-il particulièrement important?

Informations sur l'offre de soins

9. Comment sont perçus par les utilisateurs le personnel de santé
 - de l'hôpital <NOM>?
 - du centre de santé <NOM>?
 - de la clinique <NOM>?
10. Est-ce que la qualité des services de santé y est parfois insuffisante?
 - 10bis Quels sont les principaux problèmes rencontrés?
Exemples: délais d'attente, absentéisme du personnel de santé, ruptures de stock de médicaments, mauvais état du matériel, etc.
11. Est-ce qu'il existe des programmes de prévention, de mise à disposition de médicaments et de dépistage gratuit (en particulier contre l'infection à VIH, la tuberculose)?

Environnement politique et institutionnel

12. Quelles sont les grandes lignes de la politique nationale de santé? En particulier, en ce qui concerne:
 - la privatisation de l'offre de soins?
 - l'autonomie de gestion des formations sanitaires?
 - le financement du secteur (recouvrement des coûts)?
 - le rôle accordé aux populations?
 - la politique du médicament?
 - les stratégies de prévention?
- 12bis Où en est aujourd'hui l'application de chaque volet de cette politique?
13. Des dispositifs particuliers ont-ils été mis en place par l'Etat pour:
 - contrôler et améliorer la qualité des soins au niveau local?
 - améliorer l'accessibilité financière des services de santé?
14. Est-ce qu'il existe un environnement juridique adapté pour les systèmes de micro-assurance santé? Existence d'un code de la mutualité, d'un code des assurances, d'un code de la sécurité sociale.
- 14bis Est-ce qu'il existe un cadre légal permettant à des systèmes de micro-assurance santé de passer des conventions avec les prestataires de soins? Les prestataires de soins disposent-ils d'une certaine autonomie administrative, financière et/ou de gestion? Laquelle?
15. Quand a été créée la branche assurance maladie de la sécurité sociale?
16. Des réformes de l'assurance maladie sont-elles en cours?
17. Quel pourcentage de la population est couvert par la branche assurance maladie de la sécurité sociale?

Exemple de formulaire d'entretien *(suite)*

18. Quelles sont les conditions pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie de la sécurité sociale?
19. Quelle couverture est-ce que l'assurance maladie offre pour les dépenses de santé?
20. A combien s'élèvent les cotisations de l'assurance maladie (à peu près)?
Part employeur (en pour-cent du salaire):
Part salarié (en pour-cent du salaire):
21. Existe-t-il des mécanismes de protection sociale des personnes défavorisées?
Comment fonctionnent-ils (types de bénéficiaires, prestations, etc.)?

Informations permettant d'identifier les interlocuteurs pour les accords (objectif 9)

Interlocuteurs pour les accords

22. Nous envisageons de mettre en place un système de micro-assurance santé. L'objectif de ce système est de faciliter le paiement des services de santé par les usagers. Ce système pourrait passer des accords avec certaines formations sanitaires afin de convenir de règles de fonctionnement spécifiques ou de tarifs différents des tarifs officiels.
Est-ce que ce type d'accord vous paraît possible?
Qui est habilité à passer ce type d'accord: les responsables des formations sanitaires? L'inspection régionale de la santé ? Le ministère de la santé?

3.2.5 Exemple de questionnaire d'enquête auprès des ménages

Objectifs du comité de pilotage

Les enquêtes auprès des ménages permettent de collecter des données utiles pour différents objectifs.

Dans l'exemple qui suit, le comité de pilotage souhaite préparer le choix des prestataires de soins partenaires (objectif 3), préparer le choix des services de santé à couvrir en priorité (objectif 4), identifier pour quels services de santé le tiers payant est particulièrement important (objectif 5), évaluer le niveau de la disposition à payer de la population cible (objectif 8) et ses variations saisonnières éventuelles. Il cherche aussi à préparer le calcul des cotisations (objectif 6), mais ne sait pas encore quelle formule de calcul de la prime pure il va utiliser (formule générale ou cas particulier de la formule générale).

Liste des informations à collecter

Si le comité de pilotage a déjà établi un tableau de mise en œuvre de la collecte, la liste des informations à collecter dans le cadre des enquêtes auprès des ménages est déjà prête.

Ces enquêtes permettent de réunir des informations nécessaires pour:

- évaluer la qualité perçue des formations sanitaires;
- identifier les services de santé que le système de micro-assurance santé pourra couvrir en priorité parce qu'ils correspondent à des besoins exprimés par la population en termes sanitaires ou parce qu'ils posent le plus de difficultés financières à la population;

- déterminer pour quels services le tiers payant est prioritaire;
- calculer les cotisations, et notamment calculer la probabilité de consommer chaque service de santé (utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure) et la fréquence d'utilisation de chaque service de santé (utile si on utilise le cas particulier de la formule générale);
- estimer la disposition à payer de la population cible;
- connaître les comportements de recours aux soins (automédication, pharmacopée traditionnelle, achat de médicaments sur le trottoir ou à la pharmacie, consultation à l'hôpital, etc.) et les modalités de financement des dépenses de santé (liquidation de l'épargne, emprunt, aide d'un proche, etc.), avant la mise en place du système de micro-assurance santé. Les mêmes questions pourront être ultérieurement posées aux assurés. La comparaison des réponses entre la situation initiale et la situation des assurés couverts par le système permettra une première estimation de l'impact⁴ du système de micro-assurance santé.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Source: **Enquête ménages**

N° du questionnaire: _____

Nom de la personne enquêtée: _____

Village/quartier: _____

Date de l'enquête: _____

Informations permettant de comparer différentes formations sanitaires sur le plan de la qualité (perçue par les utilisateurs) et de préparer le choix des prestataires de soins partenaires (objectif 3)

Qualité perçue des formations sanitaires

Avez-vous déjà utilisé la formation sanitaire _____ ?

oui non (si non, aller à la question 10)

1. L'accueil est-il ?

très bon bon moyen mauvais très mauvais

2. Les compétences du personnel soignant sont-elles ?

suffisantes insuffisantes

3. Le personnel soignant prend-il le temps de vous écouter ?

oui non

4. Est-ce que les femmes sont soignées par du personnel féminin ?

oui non

5. Lors de votre dernière consultation/hospitalisation avez-vous dû payer des pourboires à certains membres du personnel ?

oui non

⁴ Toutefois, la mesure d'impact pour être rigoureuse demande l'observation de «populations témoins» non couvertes par le système, les améliorations connues par les bénéficiaires pouvant être déterminées par des facteurs communs à d'autres groupes de la population (en fait il faut isoler l'impact du système d'autres facteurs potentiels d'amélioration).

Exemple de questionnaire d'enquête (suite)

6. Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner?
 > 7 heures entre 4 et 7 heures entre 1 et 4 heures < 1 heure
- 6bis Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant d'avoir un rendez-vous?
 > 1 mois entre 1 semaine et 1 mois < 1 semaine
 n'a jamais pris de rendez-vous
7. Est-ce que les heures d'ouverture de la formation sanitaire sont compatibles avec votre activité professionnelle?
 oui non
8. Est-ce qu'il arrive que certains membres du personnel de santé soient absents pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels?
 oui non
9. La dernière fois que le médecin de la formation sanitaire vous a prescrit une ordonnance de médicaments:
 tous les médicaments étaient disponibles à la pharmacie de la formation sanitaire
 certains médicaments prescrits n'étaient pas disponibles

Estimation de la probabilité et de la fréquence

10. Composition de la famille de la personne enquêtée

	Hommes	Femmes	Enfants (< 15 ans)
Nombre			

Informations qui permettent de calculer **la probabilité** de consommer au moins une fois dans l'année les différents services de santé (objectif 6 – utilisation de la formule générale de calcul de la prime pure)

Si l'on choisit la formule générale de calcul de la prime pure

11. Depuis <DATE, FÊTE RELIGIEUSE>, est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille (hors accouchement)?
 oui non
 Si oui, combien de personnes ont été malades au moins une fois?
 N.B. Si des personnes ont été malades plusieurs fois ne les compter qu'une seule fois
 Enfants _____ Femmes adultes _____ Hommes adultes _____
12. Depuis <DATE, FÊTE RELIGIEUSE>, est-ce qu'il y a eu des naissances dans votre famille?
 oui non Si oui, combien de femmes ont accouché? _____

Informations qui permettent de calculer **la fréquence d'utilisation** des services de santé (objectif 6 – utilisation du cas particulier de la formule générale de calcul de la prime pure)

Si l'on choisit le cas particulier de la formule générale de calcul de la prime pure

11. Depuis <DATE, FÊTE RELIGIEUSE>, est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille (hors accouchement)?
 oui non
 Si oui, combien y a-t-il eu de cas de maladie?
 Enfants _____ Femmes adultes _____ Hommes adultes _____

12. Depuis <DATE, FÊTE RELIGIEUSE>, est-ce qu'il y a eu des naissances dans votre famille?
 oui non Si oui, combien d'accouchements? _____

La question 13 permet de préparer le calcul de la probabilité ou de la fréquence (objectif 6). Elle permet en outre de comprendre les **comportements de recours et les **modalités de financement** avant le démarrage du système (utile pour les mesures d'impact)**

Quelle que soit la formule de calcul utilisée: générale/cas particulier

13. Lors de la dernière maladie dans votre famille, quel type de soins avez-vous utilisé? (Plusieurs réponses possibles)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aucun soin | <input type="checkbox"/> guérisseur et pharmacopée traditionnelle |
| <input type="checkbox"/> achat de médicaments sur le trottoir | <input type="checkbox"/> achat de médicaments à la pharmacie |
| <input type="checkbox"/> consultation au dispensaire | <input type="checkbox"/> hospitalisation au centre de santé |
| <input type="checkbox"/> consultation au centre de santé | <input type="checkbox"/> hospitalisation à l'hôpital public |
| <input type="checkbox"/> consultation à l'hôpital public | <input type="checkbox"/> hospitalisation en clinique |
| <input type="checkbox"/> consultation en cabinet privé | <input type="checkbox"/> autres: _____ |
| <input type="checkbox"/> consultation en clinique | |

Et comment avez-vous trouvé l'argent pour payer ces soins?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> argent disponible à la maison | |
| <input type="checkbox"/> vente d'un bien (bétail, bijoux, outils, moyen de locomotion...) | |
| <input type="checkbox"/> emprunt auprès d'amis/voisins/famille | |
| <input type="checkbox"/> emprunt auprès d'une caisse d'épargne crédit | |
| <input type="checkbox"/> emprunt auprès d'un commerçant | <input type="checkbox"/> quête auprès des collègues |
| <input type="checkbox"/> dons d'amis/voisins/famille | <input type="checkbox"/> tontine |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | |

Informations qui permettent d'identifier les services de santé faisant l'objet de difficultés financières, et de préparer le **choix des services de santé à couvrir (objectif 4)**

Services de santé prioritaires

14. La dernière fois qu'un médecin a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance?
 oui non
 Si non:
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> nous n'avons acheté que les médicaments nécessaires |
| <input type="checkbox"/> nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que certains médicaments manquaient à la pharmacie |
| <input type="checkbox"/> nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent |
| <input type="checkbox"/> nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent |
15. Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez dû au moins une fois au cours de l'année passée renoncer **par manque d'argent** à l'un des services suivants? (Liste non exhaustive)
- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pharmacie | <input type="checkbox"/> radiologie | <input type="checkbox"/> laboratoire |
| <input type="checkbox"/> consultation au dispensaire | <input type="checkbox"/> hospitalisation au centre de santé | |
| <input type="checkbox"/> consultation au centre de santé | <input type="checkbox"/> hospitalisation à l'hôpital public | |
| <input type="checkbox"/> consultation à l'hôpital public | <input type="checkbox"/> hospitalisation en clinique | |
| <input type="checkbox"/> consultation en cabinet privé | | |
| <input type="checkbox"/> consultation en clinique | | |

Exemple de questionnaire d'enquête (suite)

16. A partir de quel montant de dépenses médicales avez-vous besoin de recourir à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien? (Liste non exhaustive)
- 500 UM 1000 UM 2000 UM 3000 UM ... 10 000 UM

Informations qui permettent d'identifier les services de santé jugés les plus utiles, et de préparer le choix des services de santé à couvrir (objectif 4)

Volonté d'adhérer et services de santé prioritaires

17. Est-ce que vous seriez intéressé(e) par un système d'assurance santé?
- oui non
- Expliquer brièvement en quoi cela consiste.*
18. Si oui à la question 17, vous souhaiteriez que ce système couvre quels services de santé en priorité?
- Ne cocher que **4 services au maximum**
- pharmacie radiologie laboratoire
- maternité (suivi prénatal, accouchement, suivi postnatal)
- consultation au dispensaire hospitalisation au dispensaire
- consultation au centre de santé hospitalisation au centre de santé
- consultation à l'hôpital public hospitalisation à l'hôpital public
- consultation en cabinet privé hospitalisation en clinique
- consultation en clinique autres: à préciser _____
- transport en urgence

Informations qui permettent d'évaluer le montant et la variation saisonnière de la disposition à payer, en relation avec les variations des revenus (objectif 8)

Revenus et capacité contributive

19. Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants?
- janvier février mars avril mai juin juillet
- août septembre octobre novembre décembre
20. Si vous adhérez à un système de micro-assurance santé, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser?
- 1 fois par an (mois le plus favorable: _____)
- 1 fois par semestre (mois les plus favorables: _____ et _____)
- 1 fois par trimestre 1 fois par mois 1 fois par semaine
21. Quel montant seriez-vous prêt à cotiser par personne et par période?
- 1 fois par _____ Montant par personne de la famille: _____
22. Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser? _____

3.3 Taille de l'échantillon pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages

La taille minimale de l'échantillon est donnée à titre indicatif dans le tableau suivant (obtenue avec une proportion $p = 0,5$, un intervalle de confiance $I P_{0,95}$ et une fourchette d'erreur de 5%).

Taille de la population cible	1000	3000	5000	10 000	20 000	30 000	40 000	50 000
Taille minimale de l'échantillon	278	341	357	370	377	379	381	381

3.4 Exemples de transformation des données collectées en données exploitables

Démarche proposée pour transformer puis utiliser les données collectées

Pour transformer les données collectées en données exploitables puis utiliser ces données dans le cadre de l'élaboration du système de micro-assurance santé, le comité de pilotage peut s'aider du tableau de mise en œuvre de la collecte. Les deux dernières colonnes de ce tableau facilitent l'analyse des données collectées et leur utilisation puisqu'elles indiquent l'utilité de chaque information recherchée. Pour plus de détails sur le tableau de mise en œuvre se reporter à :

► Remplir le tableau de mise en œuvre, étape 1 : définir la démarche de la collecte, tome 1, chapitre 3, page 39.

Le comité de pilotage peut aussi s'appuyer sur les exemples de transformation des données collectées et des pistes d'utilisation présentés dans les outils ci-après.

Présentation des outils

La section 3.4 comporte en réalité 10 outils correspondant aux 10 objectifs de la collecte. L'outil présenté dans le point 3.4.1 correspond ainsi à l'objectif 1, celui dans le point 3.4.2 à l'objectif 2, etc.

Ces outils indiquent comment rendre les informations exploitables : dans certains cas, les informations collectées peuvent être utilisées directement sans transformation ; dans d'autres cas, elles doivent être transformées en indicateurs. Des méthodes de calcul des indicateurs sont alors proposées.

Des pistes d'utilisation des informations et des indicateurs pour atteindre les différents objectifs sont également présentées. Toutefois, l'utilisation des données et des indicateurs est principalement effectuée au moment de la phase suivante, lors du choix des caractéristiques du futur système de micro-assurance santé.

Les méthodes de calcul des indicateurs et les pistes d'utilisation des données sont illustrées par de nombreux cas pratiques.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Précaution n° 1: les méthodes de calcul d'indicateurs proposées ne sont pas universelles. Les informations permettant de calculer les indicateurs sont souvent collectées à partir d'entretiens ou d'enquêtes. Or, pour obtenir un même indicateur, il existe souvent plusieurs manières de poser les questions.

Exemple: Pour connaître les intentions de contribution des ménages, on peut poser une question directe: «Combien seriez-vous prêt à cotiser par an pour vous et votre famille?» On peut aussi demander à la personne interrogée de choisir entre plusieurs tranches de contribution: «Seriez-vous prêt à cotiser pour vous et votre famille: entre 1000 et 2000 UM par an? entre 2001 et 3000 UM par an? etc.» On peut également lui demander d'indiquer le montant maximum de contribution: «Quel montant maximum seriez-vous prêt à cotiser pour vous et votre famille: 500 UM par an? 1000 UM par an? 2000 UM par an? etc.» On peut enfin lui demander d'indiquer le montant moyen dépensé en matière de santé: «Quel est votre budget santé en moyenne par an pour vous et votre famille: 500 UM par an? 1000 UM par an? 2000 UM par an? etc.»

Les données obtenues vont différer selon le type de questions posées; l'exploitation des réponses sera également différente. Les méthodes de calcul d'indicateurs proposées ici sont donc des exemples de méthodes parmi d'autres, directement liées à la manière dont sont posées les questions.

Précaution n° 2: les indicateurs proposés le sont à titre indicatif. Lorsque plusieurs indicateurs sont proposés pour le même objectif, le comité de pilotage peut se borner à calculer seulement certains d'entre eux.

Exemple: Pour la qualité perçue des formations sanitaires, quelques indicateurs parmi ceux proposés suffisent.

Précaution n° 3: les pistes d'utilisation peuvent être ou non suivies. La rubrique «utilisation» propose des pistes pour utiliser les informations ou indicateurs. Ces pistes sont seulement données à titre indicatif.

Exemple: L'analyse des résultats des enquêtes auprès des ménages peut mettre en évidence la nécessité d'un service de transport en urgence chez les habitants de certains villages. Ce besoin spécifique peut être pris en compte lors de la définition des garanties. L'une des pistes possibles est de proposer un service optionnel d'évacuation des malades en urgence moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Précaution n° 4: les pistes d'utilisation proposées ne sont pas exhaustives. La rubrique «utilisation» propose des pistes de réflexion, des solutions, des mécanismes, mais il en existe certainement d'autres! Cette rubrique pourra donc être enrichie et personnalisée par chaque utilisateur.

Précaution n° 5: les cas pratiques permettent surtout d'assimiler les méthodes de calcul, de transformation et d'utilisation des données. Ils sont pour la plupart tirés de cas réels.

3.4.1 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 1 «Connaitre le contexte»

Pas de transformation

Les informations collectées dans le cadre de cet objectif sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles permettent d'acquérir une bonne connaissance du contexte sur les plans économique, démographique, social, sanitaire et de l'offre de soins, politique et juridique.

3.4.2 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 2 «Préparer le choix de la population cible»

Qualité objective des formations sanitaires utilisées par la population cible

Pas de transformation

Les informations sur la qualité objective des formations sanitaires, issues du monitoring, comprennent des informations «brutes» utilisables sans transformation comme la conformité de l'état des bâtiments, les plages horaires d'ouverture, et des informations transformées appelées indicateurs.

Ces indicateurs ont normalement déjà été calculés dans le cadre du monitoring. Par conséquent, le comité de pilotage n'a pas à effectuer de calculs particuliers pour l'exploitation des données.

Utilisation

Les informations sur la qualité objective des formations sanitaires peuvent servir de critères de choix de la population cible, dans la mesure où il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité.

Accès à la formation sanitaire

Transformation

Les informations collectées permettent de calculer le taux de fréquentation par zone d'habitation.

Formules de calcul des indicateurs

Les informations collectées sont le nombre de nouveaux cas par zone d'habitation et la taille de la population de chaque zone.

On calcule le taux de fréquentation selon la formule suivante:

$$\text{Taux de fréquentation par zone d'habitation} = \frac{100 \times \text{Nombre de nouveaux cas d'un lieu d'habitation}}{\text{Population totale de ce lieu}}$$

Utilisation

Ce taux permet de mesurer l'accès à la formation sanitaire des populations issues de chaque zone d'habitation. Il permet donc d'identifier les zones pour lesquelles l'accès est facile, celles pour lesquelles l'accès est rendu difficile par des facteurs géographiques, financiers, etc.

L'implantation du système de micro-assurance santé pourra être dans un premier temps concentrée dans les zones de forte attraction de la formation sanitaire c'est-à-dire où les taux de fréquentation sont élevés; le système pourra également prendre des mesures spécifiques pour accroître l'attraction des zones dont les taux de fréquentation sont faibles: prise en charge des frais de transport, tarification plus avantageuse pour les populations éloignées, etc.

CAS PRATIQUE

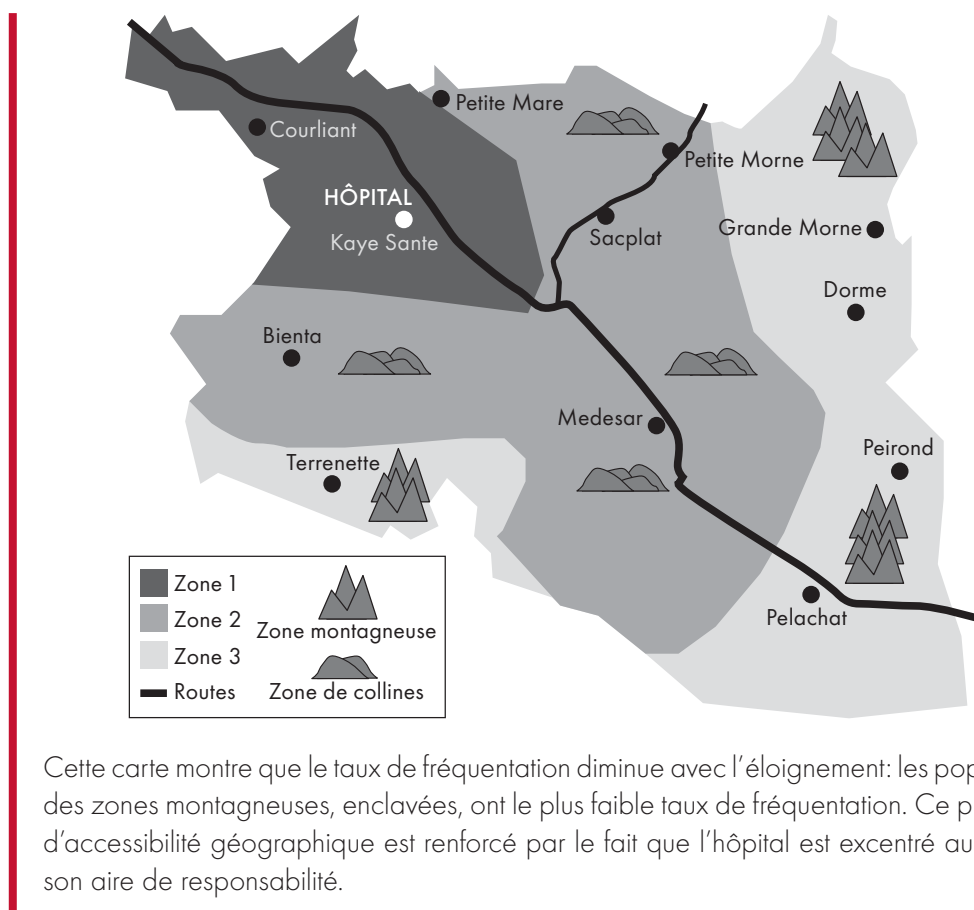
Un hôpital régional privé à but non lucratif souhaite mettre en place un système de micro-assurance santé. Bien que ses services soient de très bonne qualité, pour des raisons d'accessibilité géographique et financière, sa fréquentation par la population de son aire de responsabilité reste faible.

Les différents services de l'hôpital enregistrent la provenance de leurs patients et ces données sont regroupées au niveau du service des statistiques.

Sur la base des données de ce service, le tableau des taux de fréquentation de l'hôpital a pu être dressé. Celui-ci résume les données par commune mais un détail plus fin par village a été utilisé pour dresser la carte.

Communes	Population	Nombre d'hospitalisations	Taux de fréquentation	
Kaye Sante	30 900	2441	7,9%	Zone 1
Courliant	12 200	817	6,7%	
Bienta	17 500	700	4,0%	Zone 2
Petite Mare	30 700	1167	3,8%	
Medesar	23 600	826	3,5%	
Sacplat	23 400	749	3,2%	
Petite Morne	17 500	473	2,7%	Zone 3
Grande Morne	11 400	217	1,9%	
Pelachat	23 300	396	1,7%	
Dorme	16 200	227	1,4%	
Peirond	14 100	85	0,6%	
Terrenette	9 500	48	0,5%	
Total	230 300	8146	3,5%	

Les taux de fréquentation calculés permettent de distinguer trois grandes zones au sein de l'aire de responsabilité de l'hôpital. La présentation de ces trois zones sur une carte de la région permet de mieux comprendre les raisons des inégalités en matière de fréquentation.



Dynamique de développement socio-économique au sein de la population cible / Aspects sociaux / Pratiques d'entraide en cas de maladie

Pas de transformation

Les informations collectées dans le cadre de ces rubriques sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Le niveau d'alphabétisation, le dynamisme économique, une certaine expérience de l'organisation communautaire, l'existence de personnes capables de gérer des cotisations, l'existence de pratiques d'entraide en cas de maladie, etc. sont autant de facteurs de succès d'un projet de micro-assurance santé. Ces informations peuvent être utilisées comme critères de choix de la population cible.

Comportements de recours et modes de financement de l'accès aux soins

Transformation

Il s'agit de calculer le pourcentage de réponses pour chaque recours et pour chaque mode de financement.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur les comportements de recours

Exemple de question: Lors du dernier épisode de maladie dans votre famille, quel type de recours avez-vous utilisé?

- aucun soin achat de médicaments sur le trottoir
 consultation au dispensaire... (*liste non exhaustive*)

On calcule le pour-cent de réponses «aucun soin», le pour-cent de réponses «achat de médicaments sur le trottoir», etc.

Informations sur les modes de financement

Exemple de question: Lors du dernier épisode de maladie dans votre famille, comment avez-vous trouvé l'argent pour financer les soins?

- argent disponible à la maison dons d'amis/de voisin vente d'un bien...
(*liste non exhaustive*)

On calcule le pour-cent de réponses «argent disponible à la maison», le pour-cent de réponses «dons d'amis/de voisin», etc.

3.4.3 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 3 «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires»

Il s'agit des prestataires dont les services de santé seront couverts par le système.

Informations sur l'offre de soins

Pas de transformation

Les informations collectées – répartition géographique de l'offre de soins, monographie par prestataire – sont utilisées directement sans transformation

Utilisation

Les monographies par prestataire, sortes de fiches synthétiques, permettent de faciliter la comparaison entre prestataires et de préparer le choix des prestataires partenaires.

Qualité objective des formations sanitaires

Pas de transformation

Se reporter à:

▶ **3.4.2** plus haut.

Utilisation

Les informations sur la qualité objective peuvent être utilisées comme critères de choix des formations sanitaires. Le système de micro-assurance santé pourra conclure des accords en priorité avec les formations sanitaires ayant les niveaux de qualité objective les plus élevés.

Qualité perçue des formations sanitaires

Transformation

Les informations sur la qualité perçue des formations sanitaires, issues d'enquêtes auprès des ménages et des patients, permettent de calculer des indicateurs de qualité perçue.

Le calcul de ces indicateurs et leur utilisation dépendent des questions posées aux ménages et aux patients. N'est donc donné ici qu'un exemple de question et de méthode de calcul pour chaque indicateur.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur la qualité de l'accueil

Exemple de question: L'accueil est-il?

très bon bon moyen mauvais très mauvais

On calcule l'indicateur de qualité = pour-cent de réponses «très bon», «bon», «moyen», etc.

Informations sur le personnel soignant: compétences, capacité d'écoute et de compassion, existence de personnel soignant féminin

Exemple de question: Les compétences du personnel sont-elles?

suffisantes insuffisantes

On calcule l'indicateur de qualité = pour-cent de réponses «suffisantes».

On procède de la même manière pour les autres indicateurs.

Utilisation

Les indicateurs de qualité perçue des différents prestataires de soins peuvent être présentés dans un tableau synthétique, ce qui permet de faciliter la comparaison entre prestataires. Les prestataires de meilleure qualité perçue sont ceux qui recueillent les pourcentages les plus élevés aux indicateurs de qualité. Il faudra tenir compte dans le choix des prestataires de la qualité perçue qui aura un rôle important sur l'attractivité du système auprès des bénéficiaires.

Fréquentation

Transformation

Les informations collectées permettent de calculer le taux de fréquentation de la formation sanitaire.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur le nombre de nouveaux cas et la taille de la population de l'aire de responsabilité

On calcule le taux de fréquentation = $100 \times \text{Nombre de nouveaux cas} / \text{Population}$

Utilisation

Les taux de fréquentation peuvent servir de critères de choix des formations sanitaires partenaires. Plus ces taux sont élevés plus on peut penser que les services de santé sont accessibles, de bonne qualité et bien perçus par les usagers. Le système de micro-assurance santé pourra conclure des accords en priorité avec les formations sanitaires ayant les taux de fréquentation les plus élevés.

CAS PRATIQUE

Un centre de santé communal couvre une population estimée à 15 000 habitants en 2000. Les femmes en âge de procréer représentent 4,5% de la population, soit 675 personnes. Les enfants de 0 à 1 an constituent 4% de cette population, soit 600 personnes.

Parmi les activités de l'année 2000, le centre de santé recense:

- 3500 nouveaux cas en consultation curative
- 350 premières consultations prénatales (CPN)
- 410 vaccinations DTC1 (première dose du vaccin antidiphthérique - antitétanique - anticoquelucheux)

Les taux de fréquentation de ces trois services sont par conséquent les suivants:

- Consultations curatives: 23,3% (3500/15 000)
- CPN (premières consultations): 51,9% (350/675)
- Vaccination DTC1: 68,3% (410/600)

Remarque: Les taux de fréquentation se calculent sur la base des nouveaux cas, c'est-à-dire chaque nouvel épisode de maladie ou chaque nouvelle grossesse qui est vu pour la première fois par le centre de santé. Si un malade doit revenir une ou plusieurs fois pour suivre un traitement dans le cadre d'un même épisode de maladie, ces nouvelles visites sont comptées comme des anciens cas et ne sont pas prises en compte dans le calcul des taux de fréquentation. En revanche s'il utilise cinq fois la formation sanitaire pendant l'année pour cinq épisodes de maladie différents il doit être comptabilisé cinq fois.

Mise en place de certains services de santé dans le cas d'une insuffisance de l'offre de soins

Transformation/utilisation

La mise en place de ce type d'activités ne fait pas l'objet du présent guide. L'exploitation des données n'est donc pas traitée.

3.4.4 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 4 «Préparer le choix des services de santé à couvrir»

Panorama des services de santé

Pas de transformation

Les informations collectées sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles permettent d'avoir une idée des services de santé proposés dans chaque formation sanitaire et du mode de facturation de ces services. Ces données sont utiles pour préparer le choix des services de santé à couvrir par le système.

Exemple: Si le centre de santé facture chaque acte séparément, le système pourra envisager des niveaux de couverture différents selon les actes. Il proposera par exemple: 80% des dépenses engagées pour l'acte «consultation»; 65% des dépenses engagées pour l'acte «radios»; un forfait pour l'acte «analyses»; etc.

Si le centre de santé facture les actes de manière regroupée (par exemple, un forfait global comprenant la consultation, et si nécessaire, des médicaments et des examens), le système devra plutôt envisager des niveaux de couverture identiques pour les actes regroupés (par exemple, 80% des dépenses engagées pour la consultation, les médicaments, les analyses, les radios) voire un forfait global pour ce regroupement d'actes (par exemple, un forfait de 1500 UM pour le regroupement «consultation – pharmacie – analyses – radios»).

Services de santé prioritaires en rapport avec les besoins sanitaires réels

Pas de transformation

Les informations collectées à partir d'études sur la situation sanitaire et d'entretiens avec le personnel de santé sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles donnent une indication des besoins de la population en matière sanitaire: services de santé préventifs et curatifs qui permettent de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité, système d'évacuation. Ces besoins «réels» pourront être pris en compte lors du choix de services à couvrir par le système.

Services de santé prioritaires en rapport avec les besoins sanitaires ressentis et exprimés

Transformation

Les informations collectées à partir des enquêtes auprès des ménages (besoins ressentis et exprimés) permettent d'identifier les services de santé jugés prioritaires par une large majorité de la population cible. Nous ne donnons ici qu'un exemple de question et de méthode pour identifier les services prioritaires.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur les besoins sanitaires ressentis et exprimés par la population

Exemple de question: Est-ce que vous seriez intéressé(e) par un système d'assurance santé? oui non

Si oui pour quels services de santé en priorité? (Ne cocher que 4 services au maximum)

pharmacie radiologie laboratoire

maternité (suivi prénatal, accouchement et suivi postnatal)

consultation au dispensaire etc. (liste non exhaustive)

On calcule sur l'ensemble des questionnaires le nombre de fois où chaque service est coché.

Utilisation

Les services de santé jugés prioritaires sont ceux qui sont cochés le plus de fois. Ils pourront être proposés en priorité lors du choix des services à couvrir par le système.

Services de santé dont l'accès est difficile pour des raisons financières

Transformation

Les informations collectées sur les difficultés financières rencontrées lors de l'utilisation des services de santé et face à différents niveaux de dépenses de santé permettent de calculer différents indicateurs: les taux d'exclusion totale/partielle/temporaire, les taux de difficulté. N'est donné ici qu'un exemple de question et de méthode de calcul pour chaque indicateur.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur l'exclusion totale d'un service de santé

Exemple de question: Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez dû au moins une fois au cours de l'année passée renoncer par manque d'argent à l'un des services suivants?

- pharmacie radiologie laboratoire consultation au dispensaire
 hospitalisation au dispensaire etc. (*liste non exhaustive*)

On calcule ensuite le taux d'exclusion totale pour chaque service de la liste selon la formule suivante: Taux d'exclusion totale_(service) = pour-cent de personnes enquêtées ayant coché le service.

Informations sur l'exclusion partielle face à un service de santé

Exemple de question (pour la pharmacie): La dernière fois qu'un médecin a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance? oui non. Si non:

- nous n'avons acheté que les médicaments nécessaires
 nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que certains médicaments manquaient à la pharmacie
 nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent
 nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent

On calcule ensuite le taux d'exclusion partielle_(pharmacie) = pour-cent de réponses «nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent» ou «nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent».

Informations sur l'exclusion temporaire d'un service de santé

Exemple de question (pour le service hospitalisation): Lors de la dernière hospitalisation dans votre famille avez-vous dû attendre un certain temps avant de pouvoir faire hospitaliser le malade? oui non. Si oui:

- nous avons attendu quelques heures le temps de réunir l'argent (< 24 h)
 nous n'avions pas assez d'argent et avons dû effectuer une collecte qui a pris plus de 24 heures

On calcule ensuite le taux d'exclusion temporaire_(hospitalisation) = pour-cent de réponses «nous n'avions pas assez d'argent et avons dû effectuer une collecte qui a pris plus de 24 heures».

Remarque: Ce type de question peut être posé pour d'autres services.

Difficultés exprimées par la population face à un niveau de dépenses de santé

Il s'agit de demander aux ménages à partir de quel montant ils commencent à éprouver des difficultés pour payer les dépenses de santé.

Exemple de question: A partir de quel montant de dépenses médicales avez-vous besoin de recourir à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien?

500 UM 1000 UM 2000 UM ... 10000 UM

On calcule le taux de difficulté correspondant aux différents niveaux de dépenses:

- Taux de difficulté_(500 UM) = pour-cent de personnes ayant coché «500 UM».
- Taux de difficulté_(1000 UM) = pour-cent de personnes ayant coché «1000 UM» + pour-cent de personnes ayant coché «500 UM». En effet, les personnes ayant des difficultés pour faire face à des dépenses médicales de 500 UM ont également des difficultés pour honorer des dépenses supérieures.
- etc.

Utilisation

Le taux d'exclusion totale permet d'identifier les services posant réellement des problèmes d'accessibilité financière; ces services pourront être proposés en priorité lors du choix des services à couvrir par le système.

Le taux d'exclusion partielle permet de mettre en évidence un manque de suivi ou d'observance des protocoles thérapeutiques pour des raisons financières: le patient n'achète pas tous les médicaments dont il a besoin, il n'effectue pas les visites de contrôle, il ne fait pas réaliser de check-up régulier, etc.

Les services présentant un taux d'exclusion partielle élevé pourront être choisis en priorité. En outre, au moment du choix des prestations, des réponses spécifiques à ces problèmes pourront être recherchées.

Exemple: Le système pourra envisager un forfait par épisode de maladie comprenant une ou plusieurs consultations, les analyses de laboratoire et les médicaments.

Le taux d'exclusion temporaire permet de mettre en évidence les services pour lesquels le manque de disponibilités monétaires retarde le traitement du malade et donc contribue à aggraver son état de santé. Les services présentant un taux d'exclusion temporaire élevé pourront être choisis en priorité. En outre, des modes de prise en charge spécifiques permettant de réduire le délai de recours aux services de santé pourront être envisagés, comme la mise en place d'un mécanisme de tiers payant.

Les taux de difficulté pour différents niveaux de dépenses permettent d'identifier les services de santé qui constituent un risque financier minime pour une forte proportion de la population. Au moment du choix des prestations, le fait de sortir ces services des garanties permettra sans doute de réduire la cotisation tout en répondant aux besoins de couverture du plus grand nombre. (Pour le détail de la démarche suivie, voir le cas pratique.)

CAS PRATIQUE

Un comité de gestion d'un centre de santé rural souhaite mettre en place un système d'assurance santé en faveur des usagers. Avec l'appui d'une ONG, il réalise une enquête auprès des ménages de l'aire de responsabilité du centre de santé. L'une des questions porte sur le montant à partir duquel ceux-ci éprouvent des difficultés pour payer leurs dépenses de santé.

Les réponses à cette question se regroupent ainsi:

Montant (UM)	Pour-cent de réponses	Cumul = taux de difficulté
1 000	3%	3%
2 000	31%	34% (3% + 31%)
3 000	10%	44%
4 000	4%	48%
5 000	18%	66%
6 000	2%	68%
7 000	0%	68%
8 000	2%	70%
9 000	0%	70%
10 000	14%	84%
...

On constate qu'à 1000 UM, 3% des ménages commencent à éprouver des difficultés. A partir de 4000 UM, ce sont cumulativement près de 50% des ménages qui atteignent les limites de leur capacité de financement propre.

En analysant les grilles tarifaires des centres de santé, le comité constate que les dépenses inférieures ou égales à 1000 UM correspondent aux consultations pour des affections simples.

S'il n'est pas par ailleurs jugé prioritaire sous l'angle d'autres indicateurs et éléments de choix (visibilité du système par exemple), ce service pourra éventuellement être sorti des garanties du système de micro-assurance santé. Cela permettra de proposer des cotisations moins élevées tout en répondant aux besoins de couverture du plus grand nombre.

Identification de sous-groupes de la population ayant des besoins spécifiques

Pas de transformation

Les informations collectées auprès du personnel de santé et des responsables des formations sanitaires sont utilisées directement sans transformation.

Exemples: La population de tel village excentré a besoin d'un service de transport permettant l'évacuation des malades en urgence. Tel groupe socioprofessionnel présente un risque d'accidents du travail particulièrement élevé nécessitant plus d'hospitalisations en urgence que la moyenne de la population cible. Telle association de femmes est très demandeuse de services d'éducation à la santé.

Utilisation

L'identification des groupes cibles et la mise en évidence de leurs besoins spécifiques peut être confirmée par les résultats des enquêtes auprès des ménages (voir ci-dessous).

Ces informations pourront être utilisées lors de la définition des garanties du système. Les services répondant aux besoins spécifiques pourront éventuellement être proposés en option, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire. Toutefois, l'introduction de plusieurs formules de couverture alourdit la gestion et peut constituer une difficulté insurmontable lorsque celle-ci n'est pas informatisée.

Mise en évidence des besoins spécifiques de ces sous-groupes

Transformation

Il s'agit de croiser les réponses aux questions sur les besoins ressentis et exprimés de la population cible, avec les caractéristiques des personnes interrogées. On répartit la population enquêtée en sous-groupes homogènes: par lieu d'habitation, par type de profession, etc. On recompte ensuite le nombre de fois où chaque service est coché au sein de chaque sous-groupe. La comparaison des résultats obtenus dans les différents sous-groupes et par rapport à la population totale enquêtée (ensemble des questionnaires) permet de vérifier l'existence de besoins spécifiques chez certains sous-groupes de la population.

Formules de calcul des indicateurs

Premier exemple: besoins en matière d'évacuations sanitaires de la population de certains villages

On calcule le pour-cent de personnes enquêtées ayant jugé prioritaire le service «transport en urgence» sur la population du village concerné et sur l'ensemble de la population enquêtée. On compare ensuite les deux pourcentages obtenus.

Exemple: Pour le village A le service «transport en urgence» est coché dans 30 questionnaires sur 40 (75%), alors que sur l'ensemble des questionnaires il est coché dans 50 questionnaires sur 200 (25%).

Deuxième exemple: besoins en matière d'hospitalisation non programmée des mécaniciens chauffeurs

On calcule le pour-cent de personnes enquêtées ayant jugé prioritaire le service «hospitalisation non programmée» dans le sous-groupe des mécaniciens chauffeurs et sur l'ensemble de la population enquêtée. On compare ensuite les deux pourcentages obtenus.

Remarque: Dans ce cas, le questionnaire doit comporter une question sur la profession de la personne enquêtée.

Utilisation

Si certains services présentent des pourcentages très élevés chez les habitants de certaines localités ou parmi certains sous-groupes de population comme des groupes professionnels, ces services pourront être proposés en option moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Services de santé prioritaires car faisant l'objet de problèmes de recouvrement et/ou de financement

Transformation

Les informations collectées permettent d'identifier pour chaque service de santé, d'éventuels problèmes d'impayés et/ou de sous-utilisation.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur les problèmes d'impayés

On calcule le pour-cent d'utilisateurs n'ayant pas du tout ou partiellement honoré leur dernière facture.

Informations sur la sous-utilisation de certains services ou équipements

On calcule le pour-cent d'utilisateurs du service ou de l'équipement parmi les utilisateurs de la formation sanitaire.

Utilisation

L'identification de problèmes d'impayés intéresse particulièrement les prestataires de soins qui souhaitent mettre en place un système de micro-assurance santé afin d'améliorer le recouvrement des coûts. Il intéresse également d'autres types de promoteurs dans la mesure où les problèmes d'impayés mettent en évidence des problèmes d'accessibilité financière. Les services de santé concernés pourront être proposés en priorité lors du choix des services de santé à couvrir par le système.

Par ailleurs, lorsque certains équipements sont sous-utilisés, leur prise en charge dans le cadre du système de micro-assurance santé doit permettre d'accroître leur utilisation et de rentabiliser l'investissement.

3.4.5 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 5 «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant»

Besoins «objectifs»

Pas de transformation

Les informations collectées à partir d'entretiens avec le personnel de santé sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles permettent d'identifier les services pour lesquels le tiers payant est a priori particulièrement approprié: services coûteux et traitant des cas urgents et/ou imprévus. Ces critères de priorité objectifs pourront être pris en compte lors de la sélection des services bénéficiant du tiers payant.

Besoins exprimés par la population

Transformation

Les informations collectées à partir des enquêtes auprès des ménages (besoins ressentis et exprimés) permettent d'identifier les services de santé pour lesquels la population juge le tiers payant particulièrement utile. N'est donné ici qu'un exemple de question et de méthode pour identifier ces services.

Formules de calcul des indicateurs

Besoins exprimés par la population

Exemple de question: Dans quel cas seriez-vous le plus intéressé par un système appelé tiers payant qui, moyennant le paiement d'une cotisation, vous dispense de payer au moment de l'utilisation des services de santé? (*maximum 3 services*)

- pharmacie radiologie laboratoire consultation au dispensaire
 hospitalisation au dispensaire etc. (*liste non exhaustive*)

On calcule sur l'ensemble des questionnaires le nombre de fois où chaque service est coché.

Utilisation

Les services de santé pour lesquels le tiers payant est jugé le plus utile ou indispensable sont ceux qui sont cochés le plus de fois. Lors de la définition du système de micro-assurance santé, le tiers payant pourra être proposé pour ces services en priorité.

3.4.6 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible»

Transformation des données collectées pour le calcul de la probabilité (→ utile si on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

Rappel: Il existe deux méthodes principales pour la collecte des données permettant de calculer la probabilité: 1) Méthode conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages + données des formations sanitaires; 2) Autre méthode: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé existants. Le recours à des données provenant d'autres systèmes est plus simple et moins coûteux. Toutefois, il doit être manié avec précaution car ces systèmes ne s'adressent pas nécessairement à des populations cibles ayant les mêmes caractéristiques et leurs modalités de fonctionnement (couple prestations/cotisations par exemple) influent sur les comportements et donc sur la valeur des données.

1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires

Transformation

La méthode conseillée consiste à collecter, à partir d'enquêtes auprès des ménages, le nombre de personnes malades au moins une fois dans l'année et des informations sur les comportements de recours. Ces données permettent de calculer deux indicateurs: la probabilité d'être malade et la proportion de malades ayant recours à la formation sanitaire.

Il s'agit aussi de collecter, à partir des rapports d'activité ou registres des formations sanitaires, le nombre d'utilisateurs du service et le nombre d'utilisateurs de la formation sanitaire. Ces données permettent de calculer un troisième indicateur: la proportion d'utilisateurs du service de santé au sein des utilisateurs de la formation sanitaire.

Ensuite on obtient la probabilité d'utiliser le service de santé, en multipliant entre eux les trois indicateurs (voir 4.5.2a), page 132).

Le calcul de ces indicateurs et leur utilisation dépendent des questions posées aux ménages. Nous ne donnons ici qu'un exemple de questions et de méthodes de calcul.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur le nombre de personnes malades au moins une fois pendant l'année ou sur une période d'étude

Exemple de question

Composition de la famille de la personne enquêtée

	Hommes	Femmes	Enfants (<15 ans)
Nombre			

Depuis <DATE, FÊTE RELIGIEUSE>, est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille (hors accouchement)? oui non

Si oui, combien de personnes ont été malades **au moins une fois**?

N.B. Si des personnes ont été malades plusieurs fois ne les compter qu'une seule fois.

- Nombre d'adultes malades au moins une fois _____
- Nombre d'enfants malades au moins une fois _____

On calcule sur l'ensemble des questionnaires:

- le nombre total d'adultes malades au moins une fois;
- le nombre total d'adultes dans les familles: somme de la case «Hommes» et de la case «Femmes» du tableau de composition de la famille.

Si la durée de la période d'étude est de trois mois, c'est-à-dire si entre <DATE, FÊTE RELIGIEUSE> et la date de l'enquête il s'est écoulé trois mois, la probabilité de tomber malade pour un adulte est:

$$\text{Probabilité (malade)} = 1 - \left(1 - \frac{\text{Nombre d'adultes malades au moins une fois pendant la période}}{\text{Nombre total d'adultes}} \right)^{\frac{12}{3}}$$

On calcule de la même manière la probabilité de tomber malade pour un enfant.

Remarque: Le calcul d'une probabilité pour les adultes et d'une probabilité pour les enfants a notamment du sens lorsque le système envisage des tarifs différenciés entre adultes et enfants. D'autres paramètres comme l'âge ou le sexe peuvent également entrer en compte dans le calcul des probabilités et dans celui des cotisations.

Informations sur les comportements de recours

Exemple de question

Lors du dernier épisode de maladie dans votre famille, quels types de soins avez-vous utilisé? (*plusieurs réponses possibles*)

- aucun soin guérisseur et pharmacopée traditionnelle
 achat de médicaments sur le trottoir achat de médicaments à la pharmacie
 consultation au dispensaire hospitalisation au dispensaire
 (*liste non exhaustive*)

On calcule sur l'ensemble des questionnaires:

- le nombre de fois où chaque recours est coché;
- le nombre total d'épisodes c'est-à-dire le nombre d'enquêtés ayant répondu à cette question.

La proportion actuelle de malades par type de recours est:

$$\text{Proportion actuelle} = \frac{\text{Nombre de fois où le recours est coché}}{\text{Nombre total d'enquêtés ayant répondu}}$$

Exemple: Si le recours «consultation au dispensaire» est coché dans 53 questionnaires sur 120, la proportion de malades pour ce type de recours est égale à: $53/120 = 44,2\%$.



Important. La mise en place du système de micro-assurance santé va vraisemblablement contribuer à accroître la fréquentation des formations sanitaires dont les services sont couverts par le système. Pour tenir compte de cet impact on utilise dans la formule de calcul de la probabilité non pas la proportion actuelle de malades ayant recours à ces formations sanitaires mais une proportion attendue qui est supérieure. L'estimation de la proportion attendue à partir de la proportion actuelle est expliquée dans le cas pratique ci-après.

Informations sur le nombre d'utilisateurs du service de santé et le nombre d'utilisateurs de la formation sanitaire, chacun étant comptabilisé une seule fois

La proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire est égale à:

$$\text{Proportion d'utilisateurs} = \frac{\text{Nombre d'utilisateurs du service de santé (chacun comptabilisé une seule fois)}}{\text{Nombre d'utilisateurs de la formation sanitaire (chacun comptabilisé une seule fois)}}$$

Remarque: On fait ici l'hypothèse que la proportion attendue des utilisateurs du service dans les utilisateurs de la formation sanitaire est égale à la proportion actuelle, c'est-à-dire que la mise en place d'un système de micro-assurance santé ne modifie pas cette proportion.



Important. Il faut comptabiliser une seule fois chaque utilisateur afin de ne pas mélanger deux notions: la probabilité d'utiliser le service et la quantité consommée c'est-à-dire le nombre de fois où on utilise le service.

Utilisation

Ces trois indicateurs permettent ensuite de calculer la probabilité d'utiliser le service de santé comme il sera vu plus loin (chapitre 4, outil 4.5.2a)). La probabilité d'utiliser le service de santé sert à calculer la prime pure du service de santé dans le cas où on utilise la formule générale de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul de la probabilité d'utiliser différents services de santé

Étape 1: Calcul de la probabilité de tomber malade à partir d'une enquête auprès des ménages

On réalise une enquête auprès d'un échantillon de 300 ménages représentant 1500 personnes au total. Le nombre de personnes malades au moins une fois pendant l'année est égal à 1200.

La probabilité de tomber malade est égale au nombre de personnes malades au moins une fois pendant l'année (1200) divisé par le nombre total de personnes (1500) = 0,8.

$$\text{Probabilité (malade)} = 80\% (\leq 1)$$

Étape 2: Calcul de la proportion actuelle de malades par type de formation sanitaire

Les résultats d'enquêtes ménages indiquent que sur 100 personnes malades, toutes maladies confondues, la répartition entre les types de formations sanitaires est la suivante, avant la mise en place du système de micro-assurance santé:

Type de formation sanitaire	Nombre sur 100 avant le démarrage du système de MAS
Hôpital (hospitalisation)	2
Clinique privée (hospitalisation)	2
Hôpital (ambulatoire)	12
Centre de santé (ambulatoire)	40
Médecin moderne privé	15
Praticien traditionnel	8
Automédication	12
Absence de tout recours	9
Total	100

On a supposé, pour simplifier, que chaque personne enquêtée n'avait coché qu'une seule case c'est-à-dire un seul recours ce qui explique que le nombre total de recours = 100. Dans la réalité il arrive souvent qu'une personne utilise plusieurs recours différents au cours du même épisode de maladie.

Etape 2bis: Estimation de la proportion attendue de malades par type de formation sanitaire

On suppose que:

- le système de micro-assurance santé ne prend en charge que le recours aux centres de santé en ambulatoire, le recours à l'hôpital en ambulatoire et pour l'hospitalisation;
- les personnes couvertes vont modifier leurs comportements de recours afin d'optimiser leur prise en charge: elles ne vont recourir qu'aux formations sanitaires couvertes par le système.

Par conséquent **sur 91 personnes** utilisant un type de recours:

- l'hospitalisation à l'hôpital recueillera l'ensemble des hospitalisations (public + privé) soit 4 cas;
- l'ambulatoire à l'hôpital et au centre de santé recueilleront l'ensemble de l'ambulatoire ainsi que l'automédication (soit 87 cas) à proportion de leurs poids respectifs dans la prise en charge initiale de l'ambulatoire au sein du secteur public (soit 40/52 pour le centre de santé et 12/52 pour l'hôpital):
 - l'ambulatoire au centre de santé: $40/52 \times 87 = 67$ cas;
 - l'ambulatoire à l'hôpital: $12/52 \times 87 = 20$ cas.

L'absence de tout recours disparaîtra; donc **sur 100 personnes malades**:

- l'hospitalisation à l'hôpital recueillera $4/91 \times 100$ personnes soit 4% (*chiffre arrondi*);
- l'ambulatoire au centre de santé $67/91 \times 100$ personnes soit 74% (*idem*);
- l'ambulatoire à l'hôpital $20/91 \times 100$ personnes soit 22% (*idem*).

Type de formation sanitaire	Nombre sur 91 dans le cadre du système de MAS	Proportions attendues
Hôpital (hospitalisation)	4	4%
Clinique privée (hospitalisation)	0	0%
Hôpital (ambulatoire)	20	22%
Centre de santé (ambulatoire)	67	74%
Médecin moderne privé	0	0%
Praticien traditionnel	0	0%
Automédication	0	0%
Absence de tout recours	0	0%
Total	91	100%

Calcul de la probabilité d'utiliser différents services de santé (suite)

Étape 3: Calcul de la proportion des utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire, chacun comptabilisé une seule fois

Les rapports d'activités annuels de l'année précédente du centre de santé identifié donnent les totaux suivants:

Consultations et soins externes: 35 630 utilisateurs, dont

- consultations curatives ambulatoires: 28 500 utilisateurs dont 25 650 ont acheté une ordonnance de médicaments et 17 100 ont effectué des analyses de laboratoire;
- soins ambulatoires*: 7 130 utilisateurs.

La part des utilisateurs de chaque service dans le nombre total d'utilisateurs du centre de santé est la suivante:

	Nombre d'utilisateurs	Proportion
Consultations curatives		
Consultations	28 500	80%
Ordonnances	25 650	72%
Analyses	17 100	48%
Soins	7 130	20%
Total (consultations + soins)	35 630	100%

On procède d'une manière analogue pour l'hôpital.

Étape 4: Calcul final de la probabilité d'utiliser chaque service de santé

On multiplie ensuite chacun des indicateurs obtenus aux étapes 1, 2bis et 3, pour obtenir la probabilité d'utiliser chaque service de santé:

- Probabilité (consultation en CS) = $80\% \times 74\% \times 80\% = 47\%$
- Probabilité (pharmacie en CS) = $80\% \times 74\% \times 72\% = 43\%$
- Probabilité (analyses en CS) = $80\% \times 74\% \times 48\% = 28\%$
- Probabilité (soins ambulatoires en CS) = $80\% \times 74\% \times 20\% = 12\%$

	Probabilité
Consultations curatives	
Consultations	47%
Ordonnances	43%
Analyses	28%
Soins	12%
Total (consultations + soins)	59%

On procède d'une manière analogue pour l'hôpital.

2. Autre méthode de collecte et de calcul de la probabilité: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

Pas de transformation

Les outils de gestion (registres, tableaux de bord, etc.) d'un système de micro-assurance santé préexistant permettent de connaître:

- la population totale couverte par le système;
- le nombre de personnes couvertes ayant utilisé le service de santé au moins une fois dans l'année. Il s'agit de dénombrer les utilisateurs du service en supprimant tous les doublons, c'est-à-dire les personnes couvertes ayant utilisé le service plus d'une fois dans l'année. Cette tâche est aisée lorsque l'outil de gestion permet d'identifier chaque membre ou ayant droit de manière unique (par exemple grâce au champ «identifiant de la personne couverte»).



Avertissement: Il faut considérer comme «personnes couvertes» les personnes ayant effectivement droit aux prestations sur la période, ce qui suppose d'éliminer les personnes en période d'attente et celles qui n'ont pas accès aux prestations car elles ne sont pas à jour dans le paiement de leurs cotisations. L'opération consistant à faire cette distinction est très lourde en l'absence de gestion informatisée.

Utilisation

Ces deux informations permettent de calculer la probabilité d'utiliser le service de santé comme il sera vu plus loin (chapitre 4, outil 4.5.2a)). La probabilité d'utiliser le service de santé sert à calculer la prime pure du service de santé dans le cas où on utilise la formule générale de calcul. Cependant, les données d'autres systèmes de micro-assurance santé doivent être utilisées avec précaution dans la mesure où chaque système est particulier (formules de couverture, population couverte).

CAS PRATIQUE

Le système de micro-assurance santé préexistant compte 3500 personnes couvertes. Sur les douze derniers mois, 60 personnes couvertes par le système ont été admises au moins une fois dans le service Hospitalisation médicale. Probabilité d'utilisation de ce service = $60 / 3500 = 1,71\%$.

Transformation des données collectées pour calculer la quantité moyenne prise en charge (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

Rappel: Il existe trois méthodes principales pour la collecte des données sur la quantité consommée: 1) première méthode: à partir des données des formations sanitaires; 2) deuxième méthode: à partir du suivi d'un échantillon de patients; 3) troisième méthode: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants.

1. Première méthode: à partir des données des formations sanitaires (registres, rapports d'activité, statistiques, témoignage du personnel de santé)

Informations collectées et transformation

On relève dans les registres des formations sanitaires, pour chaque service de santé et chaque utilisateur du service, la quantité de services de santé consommée dans l'année.

Puis on remplit le tableau de synthèse comprenant d'un côté le nombre de fois où le service a été utilisé (1 fois, 2 fois, etc.) ou bien le nombre d'unités consommées (un jour, deux jours, etc., dans le cas de l'hospitalisation) et de l'autre le nombre de patients concernés (données fictives):

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	50	30	10	5	3
Lecture: 50 patients ont utilisé le service une seule fois sur la période d'étude.					

Cette méthode de collecte peut s'avérer longue, notamment lorsque le service concerné est très fréquenté. Dans ce cas on peut restreindre la collecte à une période plus courte, par exemple sur 2 mois et extrapoler ensuite les résultats à l'année.

Par ailleurs cette méthode de collecte suppose que les registres des formations sanitaires identifient précisément le patient (nom, prénom, adresse, voire n° d'identifiant). Lorsque l'identification n'est pas aisée, il peut être préférable d'utiliser une autre méthode de collecte, comme le suivi d'un échantillon de patients.

Utilisation

Les informations du tableau de synthèse permettent ensuite de calculer la quantité moyenne prise en charge en fonction du mode d'expression de la garantie: avec ou sans limitation en quantité, avec ou sans franchise. La quantité moyenne prise en charge entre ensuite dans le calcul de la prime pure dans le cas où on utilise la formule générale.



Important. La quantité moyenne calculée avec cette méthode risque d'être sous-estimée. En effet, la mise en place du système de micro-assurance santé et la suppression des barrières financières contribueront vraisemblablement à accroître, parmi les personnes couvertes, le nombre moyen de recours aux services de santé. Au moment du calcul de la quantité moyenne, il sera donc important d'estimer l'impact de la garantie sur le comportement de consommation des personnes couvertes. En outre, la réalisation d'un suivi précis du portefeuille de risques dès le premier exercice permettra d'ajuster si nécessaire la valeur de la quantité moyenne prise en charge.

CAS PRATIQUE

Le cas pratique est situé dans le § Transformation des données collectées pour calculer le coût unitaire moyen, page 94.

2. Deuxième méthode: à partir du suivi d'un échantillon de patients

Informations collectées et transformation

On choisit un échantillon parmi l'ensemble des patients d'une formation sanitaire. A chaque fois qu'un patient de l'échantillon utilise un service de santé, on note le nombre d'unités consommées.

Exemple: Si le patient effectue une consultation, le nombre d'unités consommées = 1. S'il est hospitalisé cinq jours, le nombre d'unités consommées = 5.

Sur les différentes méthodes de suivi se reporter à:

► **3.2.2 – Exemple de fiche de suivi d'un échantillon de patients**, tome 2, chapitre 3, page 59.

On agrège ensuite pour chaque service de santé les données obtenues pour l'ensemble des patients de l'échantillon et on remplit un tableau de synthèse comprenant d'un côté le nombre de fois où le service a été utilisé (1 fois, 2 fois, etc.) ou bien le nombre d'unités consommées (un jour, deux jours, etc., dans le cas de l'hospitalisation) et de l'autre le nombre de patients concernés (données fictives):

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	...
Nombre de patients concernés	50	30	10	5	3	

Utilisation

Voir première méthode.

CAS PRATIQUE

Le cas pratique est situé dans le § Transformation des données collectées pour calculer le coût unitaire moyen, page 94.

3. Troisième méthode: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

Informations collectées et transformation

Les outils de gestion d'un système de micro-assurance santé préexistant comportent en général l'historique de l'utilisation des services de santé couverts par le système. Il est possible de connaître pour chaque personne couverte, le nombre de consultations effectuées dans l'année, le nombre de journées d'hospitalisation, etc.

Ces informations permettent de remplir pour chaque service de santé le tableau de synthèse des quantités consommées (données fictives):

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	...
Nombre de personnes couvertes	50	30	10	5	3	

Remarque: Dans le cas où les informations répertoriées dans les outils de gestion ne sont pas suffisamment précises, on peut toujours reconstituer ces informations à partir de l'analyse d'un échantillon de demandes de remboursement et de factures émanant des prestataires de soins partenaires ou des assurés.

Utilisation

Voir première méthode.

CAS PRATIQUE

Le cas pratique est situé dans le § *Transformation des données collectées pour calculer le coût unitaire moyen*, page 94.

Transformation des données collectées pour calculer le coût unitaire moyen (→ utile quelle que soit la formule de calcul de la prime pure utilisée)

Rappel: Il existe 3 méthodes principales pour la collecte des données sur le coût unitaire: 1) première méthode: à partir des données des formations sanitaires; 2) deuxième méthode: à partir du suivi d'un échantillon de patients; 3) troisième méthode: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants.

1. Première méthode: à partir des données des formations sanitaires (registres, rapports d'activité, statistiques, témoignage du personnel de santé)

Informations collectées et transformation

On collecte dans les données des formations sanitaires (rapports, registres, statistiques) et éventuellement grâce au témoignage du personnel de santé:

- le coût unitaire des services de santé pour chaque pathologie;
- les taux de prévalence des différentes pathologies: pourcentage de cas de paludisme, pourcentage de cas d'infections respiratoires, etc.

On remplit ensuite le tableau de synthèse suivant (données fictives):

Pathologie	Paludisme	Troubles respiratoires	Diarrhée	...
Coût du service	1000	1500	1200	...
Taux de prévalence	10%	15%	9%	...

Lecture: Le coût du service en cas de paludisme est de 1000 UM. Cette affection représente 10% des cas traités dans la formation sanitaire.

Utilisation

Les informations du tableau de synthèse permettent ensuite de calculer le coût unitaire moyen pour un grand nombre de modes d'expression de la garantie. Cette forme de présentation n'est cependant pas adaptée dans le cas de plafonds/forfaits et franchises monétaires.

Le coût unitaire moyen entre ensuite dans le calcul de la prime pure, quelle que soit la formule de calcul utilisée (formule générale ou cas particulier).

CAS PRATIQUE**Remplissage des tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire**

On cherche à effectuer la collecte de la quantité consommée et du coût unitaire pour 3 services de santé: consultation, pharmacie et analyses.

Les registres permettent de dénombrer 36 000 consultations d'adultes et 41 000 consultations d'enfants dans l'année, réparties comme suit:

Pour les adultes

Nombre de consultations	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	15 000	5 000	1 500	1 000	500

et pour les enfants (0-5 ans)

Nombre de consultations	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	16 500	6 000	2 000	1 000	500

Le nombre de consultants, chacun comptabilisé une seule fois même s'il consomme plusieurs fois, est de 23 000 pour les adultes et 26 000 pour les enfants.

Selon l'infirmier 90% des consultations donnent lieu à la prescription d'une ordonnance de médicaments mais seulement 60% à la prescription d'examen en laboratoire.

Ces informations permettent de dresser les tableaux de synthèse pour la quantité consommée des services consultation, pharmacie et analyses (on suppose que les taux de 90% et 60% s'appliquent uniformément sur le nombre de patients).

Pour les adultes

Nombre de consultations	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	15 000	5 000	1 500	1 000	500
Nombre de patients avec ordonnance	13 500	4 500	1 350	900	450
Nombre de patients avec analyses	9 000	3 000	900	600	300

et pour les enfants (0-5 ans)

Nombre de consultations	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	16 500	6 000	2 000	1 000	500
Nombre de patients avec ordonnance	14 800	5 400	1 850	900	450
Nombre de patients avec analyses	9 900	3 600	1 200	600	300

Les données statistiques de la formation sanitaire indiquent pour 5 pathologies (notées 1 à 5) les taux de prévalence.

Pour les adultes

Pathologie	1	2	3	4	5
Taux de prévalence	10%	25%	30%	30%	5%

et pour les enfants (0-5 ans)

Pathologie	1	2	3	4	5
Taux de prévalence	20%	30%	30%	12%	8%

Remplissage des tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire (suite)

Le coût de la consultation est identique pour les adultes et les enfants et quelle que soit la pathologie: 300 UM.

Le coût d'une ordonnance et des actes de laboratoire varie d'une pathologie à l'autre et selon les adultes et les enfants. L'estimation des coûts moyens par l'infirmier permet de dresser les tableaux de synthèse des coûts des services consultation, pharmacie et analyses.

Pour les adultes

Pathologie	1	2	3	4	5
Taux de prévalence	10%	25%	30%	30%	5%
Coût moyen de la consultation	300	300	300	300	300
Coût moyen de l'ordonnance	700	300	700	1 000	800
Coût moyen des analyses	500	200	300	200	600

et pour les enfants (0-5 ans)

Pathologie	1	2	3	4	5
Taux de prévalence	20%	30%	30%	12%	8%
Coût moyen de la consultation	300	300	300	300	300
Coût moyen de l'ordonnance	600	300	800	700	600
Coût moyen des analyses	300	200	150	200	300

2. Deuxième méthode: à partir du suivi d'un échantillon de patients

Informations collectées et transformation

On choisit un échantillon de patients parmi l'ensemble des patients d'une formation sanitaire. A chaque fois qu'un patient de l'échantillon utilise un service de santé on note le coût unitaire du service.

Exemple: Si le patient consomme une consultation, le coût unitaire = le coût de la consultation. S'il est hospitalisé cinq jours, le coût unitaire = le coût d'une journée d'hospitalisation = le forfait journalier.

On agrège ensuite pour chaque service de santé les données obtenues pour l'ensemble des patients de l'échantillon et on remplit un tableau de synthèse comprenant d'un côté le coût du service (1000 UM, 1200 UM, 1500 UM, etc.) et de l'autre le nombre de fois où ce coût a été observé (données fictives):

Coût du service	1000	1200	1500	1800	2000	...
Nombre d'utilisations	10	25	50	10	5	
Lecture: Le coût unitaire du service a été de 1000 UM dans 10 cas.						

Utilisation

Les informations du tableau de synthèse permettent de calculer le coût unitaire moyen quel que soit le mode d'expression de la garantie (y compris plafonds, forfaits et franchises monétaires).

CAS PRATIQUE

Remplissage des tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire

Dans le cas pratique qui suit, la taille de l'échantillon (6 patients) est volontairement faible pour faciliter la présentation des résultats.

On souhaite effectuer la collecte de données pour deux services de santé : «Consultation» et «Pharmacie».

La formation sanitaire étudiée tient un registre pour les consultations et un registre pour la pharmacie. On dispose d'un échantillon de 6 patients. On relève pour chacun d'eux :

- le nombre de consultations sur une période d'étude, et pour chaque consultation, le montant des dépenses;
- le nombre d'ordonnances sur une période d'étude, et pour chaque ordonnance, le montant des dépenses.

	Nombre de consultations	Coût d'une consultation	Nombre d'ordonnances	Coût d'une ordonnance
Patient 1	1	200	1	500
Patient 1	1	300	0	0
Patient 1	1	300	0	0
Patient 1	1	300	1	300
Patient 2	1	300	0	0
Patient 2	1	300	1	250
Patient 2	1	400	0	0
Patient 3	1	300	1	800
Patient 4	1	500	1	350
Patient 4	1	300	1	400
Patient 5	1	300	0	0
Patient 6	1	300	1	240

On remplit ensuite les tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire pour les deux services concernés. La période d'étude est de six mois. Les coûts sont exprimés en UM (unités monétaires).

Tableaux de synthèse pour le service «Consultation»

Nombre de consultations	0	1	2	3	4
Nombre de patients concernés	0	3	1	1	1

Coût d'une consultation	200	300	400	500
Nombre de consultations concernées	1	9	1	1

Lecture: Un patient a effectué 4 consultations sur la période d'étude; le coût de la consultation a été de 300 UM dans 9 cas.

Remplissage des tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire *(suite)*

Tableaux de synthèse pour le service «Pharmacie»

Nombre d'ordonnances	0	1	2
Nombre de patients concernés	1	3	2

Coût d'une ordonnance	240	250	300	350	400	500	800
Nombre d'ordonnances concernées	1	1	1	1	1	1	1

Remarque: Au moment du calcul de la quantité moyenne prise en charge, au cours de la définition du système, la quantité moyenne obtenue devra être extrapolée à l'année en multipliant les valeurs obtenues sur la période d'étude (durée de six mois) par 2.

3. Troisième méthode: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

Informations collectées et transformation

Les outils de gestion d'un système de micro-assurance santé préexistant comportent en général l'historique des demandes de remboursement (ou des factures) émanant des personnes couvertes (ou des prestataires de soins). Il est donc possible de connaître avec précision le coût des services de santé utilisés par les personnes couvertes et pris en charge dans le cadre des garanties.

Ces informations permettent de remplir pour chaque service de santé le tableau de synthèse des coûts unitaires (données fictives):

Coût du service	1000	1200	1500	1800	2000	...
Nombre d'utilisations	10	25	50	10	5	

Comme on le verra dans le cas pratique (plus bas) certains outils de gestion comportent le détail des coûts unitaires: coût d'une consultation, coût d'une journée d'hospitalisation. Dans ce cas il est relativement facile d'établir le tableau de synthèse.

D'autres outils enregistrent les coûts à un moindre niveau de détail: par exemple le coût total de l'hospitalisation comprenant les frais de séjour sur l'ensemble de la période d'hospitalisation. D'autres enfin n'enregistrent que le montant de la prise en charge et ne détaillent pas le coût réel du service. Dans ces deux derniers cas, il est un peu plus difficile de reconstituer le tableau de synthèse.

Lorsque les données enregistrées par le système d'information ne sont pas suffisamment précises, on peut toujours reconstituer ces informations à partir de l'analyse d'un échantillon de demandes de remboursement ou de factures émanant des prestataires de soins partenaires ou des assurés.



Avertissement: Il faut considérer comme «personnes couvertes» les personnes ayant effectivement droit aux prestations sur la période, ce qui suppose d'éliminer les personnes en période d'attente et celles qui n'ont pas accès aux prestations car elles ne sont pas à jour dans le paiement de leurs cotisations. L'opération consistant à faire cette distinction est très lourde en l'absence de gestion informatisée.

Utilisation

Voir deuxième méthode.

CAS PRATIQUE**Remplissage des tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire**

Ce cas pratique distingue quatre cas en fonction de la précision des informations enregistrées dans l'outil d'enregistrement des prestations du système de micro-assurance santé:

- premier cas: l'outil comporte le détail des quantités consommées et des coûts unitaires: nombre de jours d'hospitalisation, coût d'une journée d'hospitalisation;
- deuxième cas: l'outil comporte le détail des quantités consommées mais seulement les dépenses globales: nombre de jours d'hospitalisation, coût global d'une hospitalisation;
- troisième cas: l'outil comporte le détail des quantités consommées mais seulement le montant global du remboursement;
- quatrième cas: l'outil n'indique pas les quantités consommées et comporte seulement le montant global du remboursement.

Premier cas: l'outil d'enregistrement des prestations comporte le détail des quantités consommées et des coûts unitaires

Numéro id personne couverte	Date des soins	Service	Quantité	Frais réels unitaires
000 451	02-janv	Hospitalisation médicale	3	600
000 546	04-fév	Hospitalisation médicale	2	800
000 765	07-mars	Hospitalisation médicale	1	600
000 876	12-avr	Hospitalisation médicale	5	600
000 024	24-mai	Hospitalisation médicale	8	800
001 234	27-juin	Hospitalisation médicale	1	600
000 047	04-août	Hospitalisation médicale	5	800
001 105	07-sept	Hospitalisation médicale	3	600
000 365	19-nov	Hospitalisation médicale	5	600
000 478	20-déc	Hospitalisation médicale	4	600

Le champ «Quantité» indique le nombre de jours d'hospitalisation par hospitalisation; le champ «Frais réels unitaires» indique le coût d'une journée d'hospitalisation.

Ces informations permettent de dresser le tableau de synthèse des quantités consommées:

Nombre de jours d'hospitalisations	1	2	3	4	5	6	7	8
Nombre de patients concernés	2	1	2	1	3	0	0	1

et celui des coûts unitaires:

Coût d'une journée	600	800
Nombre d'hospitalisations concernées	7	3

Remplissage des tableaux de synthèse de la quantité consommée et du coût unitaire *(suite)*

Deuxième cas: l'outil d'enregistrement des prestations comporte le détail des quantités consommées mais seulement les dépenses globales

Numéro id personne couverte	Date des soins	Service	Quantité	Frais réels globaux
000 451	02-janv	Hospitalisation médicale	3	1 800
000 546	04-fév	Hospitalisation médicale	2	1 600
000 765	07-mars	Hospitalisation médicale	1	600
000 876	12-avr	Hospitalisation médicale	5	3 000
000 024	24-mai	Hospitalisation médicale	8	6 400
001 234	27-juin	Hospitalisation médicale	1	600
000 047	04-août	Hospitalisation médicale	5	4 000
001 105	07-sept	Hospitalisation médicale	3	1 800
000 365	19-nov	Hospitalisation médicale	5	3 000
000 478	20-déc	Hospitalisation médicale	4	2 400

Le champ «Frais réels globaux» indique le coût global de chaque hospitalisation.

Il est facile de revenir au cas n° 1 en divisant les valeurs du champ «Frais réels globaux» par celles du champ «Quantité». On dresse ensuite de la même manière les tableaux de synthèse.

Troisième cas: l'outil d'enregistrement des prestations comporte le détail des quantités consommées mais seulement le montant global de la prise en charge

Numéro id personne couverte	Date des soins	Service	Quantité	Montant de la prise en charge
000 451	02-janv	Hospitalisation médicale	3	1 440
000 546	04-fév	Hospitalisation médicale	2	1 280
000 765	07-mars	Hospitalisation médicale	1	480
000 876	12-avr	Hospitalisation médicale	5	2 400
000 024	24-mai	Hospitalisation médicale	8	5 120
001 234	27-juin	Hospitalisation médicale	1	480
000 047	04-août	Hospitalisation médicale	5	3 200
001 105	07-sept	Hospitalisation médicale	3	1 440
000 365	19-nov	Hospitalisation médicale	5	2 400
000 478	20-déc	Hospitalisation médicale	4	1 920

Le champ «Montant de la prise en charge» indique le montant total pris en charge par hospitalisation. On peut revenir au cas n° 2 en reconstituant les dépenses engagées à partir de la formule de prise en charge.

Dans notre exemple, le montant pris en charge est de 80% des dépenses soit un ticket modérateur de 20%. Le montant des dépenses engagées est donc de $100/80 \times$ montant de la prise en charge. Ainsi, le montant des dépenses engagées pour la première hospitalisation est de: $1440 \times 100/80 = 1800$.

Une fois qu'on a reconstitué le tableau du cas n° 2, on reconstitue celui du cas n° 1. Ensuite on dresse les tableaux de synthèse.

Quatrième cas: l'outil d'enregistrement des prestations n'indique pas les quantités consommées et comporte seulement le montant global de la prise en charge

Numéro id personne couverte	Date des soins	Service	Montant de la prise en charge
000 451	02-janv	Hospitalisation médicale	1 440
000 546	04-fév	Hospitalisation médicale	1 280
000 765	07-mars	Hospitalisation médicale	480
000 876	12-avr	Hospitalisation médicale	2 400
000 024	24-mai	Hospitalisation médicale	5 120
001 234	27-juin	Hospitalisation médicale	480
000 047	04-août	Hospitalisation médicale	3 200
001 105	07-sept	Hospitalisation médicale	1 440
000 365	19-nov	Hospitalisation médicale	2 400
000 478	20-déc	Hospitalisation médicale	1 920

L'information disponible n'est pas suffisamment précise pour permettre de dresser les tableaux de synthèse. La seule solution est dans ce cas d'analyser un échantillon de factures. En effectuant l'analyse des factures on remplit au fur et à mesure un tableau complet d'information. On peut utiliser comme modèle le tableau présenté dans le cas n° 1. Il est facile ensuite de dresser les tableaux de synthèse.

Transformation des données collectées pour le calcul de la fréquence (→ utile si l'on utilise le cas particulier de la formule générale)

Rappel: Il existe deux méthodes principales pour la collecte des données permettant de calculer la fréquence d'utilisation d'un service de santé: 1) Méthode conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages + données des formations sanitaires; 2) Autre méthode: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé existants. Le recours à des données provenant d'autres systèmes est plus simple et moins coûteux, mais il doit être manié avec précaution.

1. Méthode conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires

Transformation

La méthode conseillée consiste à collecter, à partir d'enquêtes auprès des ménages, le nombre de cas de maladie survenus dans la population au cours de l'année et des informations sur les comportements de recours. Ces données permettent de calculer deux indicateurs: la fréquence des maladies c'est-à-dire le nombre de cas de maladie rapporté à la population enquêtée, et la proportion de cas de maladie traités par chaque type de formation sanitaire.

Il s'agit aussi de collecter, à partir des rapports d'activité ou registres des formations sanitaires, le nombre de cas de maladie traités utilisant le service de santé considéré et le nombre total de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire. Ces données permettent de calculer un troisième indicateur: la part du service de santé dans le nombre total de cas traités au sein de la formation sanitaire.

Ensuite on obtient la fréquence d'utilisation du service de santé, en multipliant entre eux les trois indicateurs.

Le calcul de ces indicateurs et leur utilisation dépendent des questions posées aux ménages. Nous ne donnons ici qu'un exemple de question et de méthode de calcul.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur le nombre de cas de maladie survenus dans la population au cours de l'année ou sur une période d'étude

Exemple de question

Composition de la famille de la personne enquêtée

	Hommes	Femmes	Enfants (<15 ans)
Nombre			

Depuis <DATE, FÊTE RELIGIEUSE>, est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille (hors accouchement)? oui non

Si oui, combien y a-t-il eu de cas de maladie?

Enfants _____ Femmes adultes _____ Hommes adultes _____

On calcule sur l'ensemble des questionnaires:

- le nombre total de cas de maladie chez des personnes adultes;
- le nombre total d'adultes dans les familles: somme de la case «Hommes» et de la case «Femmes» du tableau de composition de la famille.

Si la durée de la période d'étude est de trois mois, c'est-à-dire si entre <DATE, FÊTE RELIGIEUSE> et la date de l'enquête il s'est écoulé trois mois, la fréquence des maladies pour un adulte est:

$$\text{Fréquence (maladie)} = \frac{12}{3} \times \frac{\text{Nombre de cas de maladie chez les personnes adultes}}{\text{Nombre total d'adultes}}$$

On calcule de la même manière la fréquence des maladies chez les enfants.

Remarque: Le calcul d'une fréquence pour les adultes et d'une fréquence pour les enfants a notamment du sens lorsque le système envisage des tarifs différenciés entre adultes et enfants. D'autres paramètres comme l'âge ou le sexe peuvent également entrer en compte dans le calcul des fréquences et dans celui des cotisations.

Informations sur les comportements de recours

Exemple de question

Lors du dernier épisode de maladie dans votre famille, quel type de soins avez-vous utilisé? (plusieurs réponses possibles)

- aucun soin guérisseur et pharmacopée traditionnelle
- achat de médicaments sur le trottoir achat de médicaments à la pharmacie
- consultation au dispensaire hospitalisation au dispensaire
- etc. (liste non exhaustive)

On calcule sur l'ensemble des questionnaires:

- le nombre de fois où chaque recours est coché;
- le nombre total d'épisodes de maladie c'est-à-dire le nombre d'enquêtés ayant répondu à cette question. La proportion actuelle de cas de maladie traités dans chaque type de recours est:

$$\text{Proportion actuelle} = \frac{\text{Nombre de fois où le recours est coché}}{\text{Nombre total d'enquêtés ayant répondu}}$$



Important. La mise en place du système de micro-assurance santé va vraisemblablement contribuer à accroître la fréquentation des formations sanitaires dont les services sont couverts par le système. Pour tenir compte de cet impact on utilise dans la formule de calcul de la fréquence non pas la proportion actuelle de malades ayant recours à ces formations sanitaires mais une proportion attendue qui est supérieure. L'estimation de la proportion attendue à partir de la proportion actuelle est expliquée dans le cas pratique ci-après.

Informations sur le nombre d'utilisations du service de santé et le nombre total de cas traités par la formation sanitaire

La part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire est égale à:

$$\text{Part du service} = \frac{\text{Nombre de cas utilisant le service de santé}}{\text{Nombre total de cas traités par la formation sanitaire}}$$

Remarque: On fait ici l'hypothèse que la part attendue du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire est égale à la part actuelle, c'est-à-dire que la mise en place d'un système de micro-assurance santé ne modifie pas le poids du service de santé dans le volume d'activité de la formation sanitaire.

Utilisation

Ces trois indicateurs permettent ensuite de calculer la fréquence d'utilisation du service de santé comme il sera vu plus loin (chapitre 4, 4.5.2a)). La fréquence d'utilisation du service de santé sert à calculer la prime pure dans le cas où on utilise le cas particulier de la formule générale.

CAS PRATIQUE

Calcul de la fréquence d'utilisation de différents services de santé

Etape 1: Calcul de la fréquence des maladies à partir d'une enquête auprès des ménages

On réalise une enquête auprès d'un échantillon de 300 ménages représentant 1500 personnes au total. Sur la période d'étude, de trois mois, le nombre de cas de maladie a été de 450. Le nombre de cas de maladie pendant l'année est donc de $12/3 \times 450 = 1800$.

La fréquence des maladies dans la population enquêtée est égale au nombre de cas de maladie pendant l'année (1800) divisé par le nombre total de personnes (1500) = 1,2.

$$\text{Fréquence (maladie)} = 1,2$$

Calcul de la fréquence d'utilisation de différents services de santé (suite)

Étape 2: Calcul de la proportion actuelle de cas de maladie traités dans chaque type de formation sanitaire

Les résultats d'enquêtes ménages indiquent que sur 100 cas de maladie, toutes maladies confondues, la répartition des recours aux différents types de formations sanitaires est la suivante, avant la mise en place du système de micro-assurance santé:

Type de formation sanitaire	Nombre sur 100 avant le démarrage du système de MAS
Hôpital (hospitalisation)	2
Clinique privée (hospitalisation)	2
Hôpital (ambulatoire)	12
Centre de santé (ambulatoire)	40
Médecin moderne privé	15
Praticien traditionnel	8
Automédication	12
Absence de tout recours	9
Total	100

On a supposé, pour simplifier, que chaque personne enquêtée n'avait coché qu'une seule case, c'est-à-dire un seul recours, ce qui explique que le nombre total de recours = 100. Dans la réalité il arrive souvent qu'une personne utilise plusieurs recours différents au cours du même épisode de maladie.

Étape 2bis: Estimation de la proportion attendue de cas de maladie traités dans chaque type de formation sanitaire

On suppose que:

- le système de micro-assurance santé ne prend en charge que le recours aux centres de santé en ambulatoire; le recours à l'hôpital en ambulatoire et pour l'hospitalisation;
- les personnes couvertes vont modifier leurs comportements de recours afin d'optimiser leur prise en charge: elles ne vont recourir qu'aux formations sanitaires couvertes par le système.

Par conséquent **sur 91 cas de maladie** traités:

- l'hospitalisation à l'hôpital recueillera l'ensemble des hospitalisations (public + privé) soit 4 cas;
- l'ambulatoire à l'hôpital et au centre de santé recueilleront l'ensemble de l'ambulatoire ainsi que l'automédication (soit 87 cas) à proportion de leurs poids respectifs dans la prise en charge initiale de l'ambulatoire au sein du secteur public (soit 40/52 pour le centre de santé et 12/52 pour l'hôpital):
 - l'ambulatoire au centre de santé: $40/52 \times 87 = 67$ cas;
 - l'ambulatoire à l'hôpital: $12/52 \times 87 = 20$ cas.

L'absence de tout recours disparaîtra; donc **sur 100 cas de maladie**:

- l'hospitalisation à l'hôpital recueillera $4/91 \times 100$ cas soit 4% (chiffre arrondi);
- l'ambulatoire au centre de santé $67/91 \times 100$ cas soit 74% (idem);
- l'ambulatoire à l'hôpital $20/91 \times 100$ cas soit 22% (idem).

Type de formation sanitaire	Nombre sur 91 dans le cadre du système de MAS	Proportions attendues
Hôpital (hospitalisation)	4	4%
Clinique privée (hospitalisation)	0	0%
Hôpital (ambulatoire)	20	22%
Centre de santé (ambulatoire)	67	74%
Médecin moderne privé	0	0%
Praticien traditionnel	0	0%
Automédication	0	0%
Absence de tout recours	0	0%
Total	91	100%

Etape 3: Calcul de la part du service de santé dans le nombre total de cas traités au sein de la formation sanitaire

Les rapports d'activité annuels de l'année précédente du centre de santé identifié donnent les totaux suivants:

Consultations et soins externes: 42 750 cas, dont

- 42 750 consultations curatives ambulatoires, 38 475 ordonnances de médicaments et 25 650 analyses de laboratoire;
- 10 695 soins ambulatoires.

La part de chaque service de santé dans le nombre de cas traités est la suivante:

	Nombre de cas	Proportion
Consultations curatives		
<i>Consultations</i>	42 750	80%
<i>Ordonnances</i>	38 475	72%
<i>Analyses</i>	25 650	48%
Soins	10 695	20%
Total (consultations + soins)	53 445	100%

On procède d'une manière analogue pour l'hôpital.

Etape 4: Calcul final de la fréquence d'utilisation de chaque service de santé

On multiplie ensuite chacun des indicateurs obtenus aux étapes 1, 2bis et 3, pour obtenir la fréquence d'utilisation de chaque service de santé:

- Fréquence (consultation en CS) = $1,2 \times 74\% \times 80\% = 71\%$
- Fréquence (pharmacie en CS) = $1,2 \times 74\% \times 72\% = 64\%$
- Fréquence (analyses en CS) = $1,2 \times 74\% \times 48\% = 43\%$
- Fréquence (soins ambulatoires en CS) = $1,2 \times 74\% \times 20\% = 18\%$

	Fréquence
Consultations curatives	
<i>Consultations</i>	71%
<i>Ordonnances</i>	64%
<i>Analyses</i>	43%
Soins	18%
Total (consultations + soins)	89%

On procède d'une manière analogue pour l'hôpital.

2. Autre méthode de collecte et de calcul de la fréquence: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

Transformation

Les outils de gestion (registres, tableaux de bord, etc.) d'un système de micro-assurance santé préexistant permettent de connaître:

- la population totale couverte par le système;
- le nombre d'utilisations de chaque service de santé ayant fait l'objet d'une demande de prise en charge par les personnes couvertes.

On divise le nombre d'utilisations de chaque service de santé (nombre d'hospitalisations, nombre de consultations, etc.) par le nombre total de personnes couvertes et on obtient la fréquence d'utilisation de chaque service de santé.



Avertissement: Il faut considérer comme «personnes couvertes» les personnes ayant effectivement droit aux prestations sur la période ce qui suppose d'éliminer les personnes en période d'attente et celles qui n'ont pas accès aux prestations car elles ne sont pas à jour dans le paiement de leurs cotisations. L'opération consistant à faire cette distinction est très lourde en l'absence de gestion informatisée.

Utilisation

Ces deux informations permettent ensuite de calculer la fréquence d'utilisation du service de santé comme il sera vu plus loin (chapitre 4, 4.5.2a)). La fréquence d'utilisation du service de santé sert à calculer la prime pure du service de santé dans le cas où on utilise le cas particulier de la formule générale. Cependant, les données d'autres systèmes de micro-assurance santé doivent être utilisées avec précaution dans la mesure où chaque système est particulier (formules de couverture, population couverte).

CAS PRATIQUE

Calcul de la fréquence d'utilisation du service *Hospitalisation médicale*

Le système de micro-assurance santé préexistant compte 3500 personnes couvertes. Sur les douze derniers mois, on dénombre parmi les personnes couvertes (ayant droit effectivement aux prestations) 80 admissions dans le service *Hospitalisation médicale*. Fréquence d'utilisation de ce service = $80/3500 = 2,29\%$.

3.4.7 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 7 «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires»

Coûts fixes prévisionnels de la formation sanitaire

Transformation

Les informations collectées sur les coûts fixes actuels de la formation sanitaire ainsi que l'estimation des coûts supplémentaires prévus pour l'exercice suivant (investissements, recrutements) et des coûts non renouvelés permettent de calculer un indicateur: les coûts fixes prévisionnels.

Formule de calcul des indicateurs

Les informations collectées sont les coûts fixes actuels c'est-à-dire les coûts d'amortissement des équipements et du matériel, les coûts de l'entretien des bâtiments et du matériel, les coûts de personnel, les coûts de formation, etc.

Les coûts fixes prévisionnels sont égaux à:

<p>Coûts fixes prévisionnels = Coûts fixes actuels + Coûts supplémentaires prévus pour l'exercice suivant - Coûts non renouvelés</p>
--

Utilisation

Les systèmes de micro-assurance santé permettent – entre autres – de couvrir une partie des frais de fonctionnement des formations sanitaires avec lesquelles ils passent des accords. Pour calculer la cotisation on peut estimer les coûts de fonctionnement de la formation sanitaire (coûts fixes et variables prévisionnels) et diviser ce montant par le nombre d'utilisateurs attendus. Cette méthode est particulièrement adaptée lorsque le système envisage un abonnement, c'est-à-dire le paiement d'un forfait annuel par personne couverte donnant droit à une utilisation illimitée de certains services ou de la totalité des services de santé d'une formation sanitaire.

Coûts variables prévisionnels de la formation sanitaire

Transformation

Les informations collectées sur les coûts variables actuels de la formation sanitaire ainsi que l'estimation de divers taux liés à la mise en place du système de micro-assurance santé permettent de calculer un indicateur: les coûts variables prévisionnels.

Formule de calcul des indicateurs

On calcule les coûts variables prévisionnels à partir des coûts variables actuels et de l'estimation:

- du taux de pénétration du système parmi les utilisateurs de la formation sanitaire en première année;
- du taux de croissance du nombre d'utilisateurs de la formation sanitaire;
- du taux de croissance de la consommation médicale des personnes couvertes par le système.

(Voir le cas pratique pour plus de détails.)

Utilisation

Même utilisation que pour les coûts fixes prévisionnels.

Nombre prévisionnel d'utilisateurs

Transformation

Le nombre d'utilisateurs actuels et l'estimation du taux de croissance du nombre d'utilisateurs permettent de calculer un indicateur: le nombre d'utilisateurs attendu.

Formule de calcul des indicateurs

Le nombre d'utilisateurs attendu est égal à:

$$\text{Nombre d'utilisateurs attendu} = (1 + \text{Taux de croissance}) \times \text{Nombre d'utilisateurs actuel}$$

Utilisation

Même utilisation que pour les coûts fixes prévisionnels.

CAS PRATIQUE

Les coûts fixes actuels (CFA) d'un centre de santé sont de = 2 600 000 UM par an. Les coûts variables actuels (CVA) sont de = 1 000 000 UM par an. Le nombre d'utilisateurs comptés chacun une fois, même s'il utilise la formation sanitaire plusieurs fois dans l'année, est $P = 6000$ personnes (adultes, enfants).

Étape 1: calcul des coûts fixes prévisionnels (CFP)

Le centre de santé n'envisage pas de croissance de ses coûts fixes en première année.

$$\text{CFP} = \text{CFA} = 2\,600\,000 \text{ UM}$$

Étape 2: calcul des coûts variables prévisionnels (CVP)

Les CVP sont calculés sur la base des coûts variables des personnes assurées et des coûts variables des non-assurés.

Hypothèses:

- on estime que le taux de pénétration du système parmi les utilisateurs en première année sera de $x = 25\%$ (1 utilisateur sur 4 sera adhérent ou ayant droit dans le cadre du système);
- on estime que le nombre total d'utilisateurs augmentera de $y = 5\%$ en première année;
- on suppose qu'en première année les assurés consommeront (en valeur) $\delta = 10\%$ de plus que les non-assurés du fait de leur couverture.

Calcul des coûts prévisionnels:

En première année, le nombre total d'utilisateurs sera égal à:

$$P_1 = (1 + y) P = 1,05 \times 6000 = 6300 \text{ personnes}$$

Le nombre d'utilisateurs assurés sera de:

$$x \times P_1 = 25\% \times 6300 = 1575 \text{ personnes.}$$

On appelle c la part de coût variable associée à chaque utilisateur avant la mise en place du système.

$$c = \text{CVA}/P = 1\,000\,000/6000 = 166,67 \text{ UM.}$$

En première année les assurés augmentent leur consommation de 10%:

$$(1 + \delta) c = (1 + 10\%) \times 166,67 \text{ UM} = 183,33 \text{ UM}$$

Les coûts variables prévisionnels pour la 1^{re} année d'existence du système sont donc:

$$\text{CVP} = (x P_1 \times (1 + \delta) c) + ((1 - x) P_1 \times c)$$

avec $c = 166,67 \text{ UM}$, $\delta = 10\%$, $x = 25\%$ et $P_1 = 6300$

$$\text{soit CVP} = 1\,076\,272 \text{ UM.}$$

Etape 3: calcul de la part des coûts de fonctionnement prévisionnels affectée à chaque individu, appelée prime pure comme on le verra dans le chapitre 4

$$\text{Prime pure} = (\text{CFP} + \text{CVP}) / P_1 = (2\,600\,000 + 1\,076\,272) / 6300 = 583,54 \text{ UM}$$

Et à l'arrondi supérieur **Prime pure = 584 UM**

3.4.8 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 8 «Evaluer la disposition à payer de la population cible»

Montant de la cotisation et saisonnalité de la disposition à payer

Transformation

Les informations collectées – les intentions de contribution exprimées par la population cible dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages, la variation saisonnière des revenus, etc. – permettent de calculer les indicateurs suivants:

- la saisonnalité de la disposition à payer;
- le «score» obtenu par chaque tranche de contribution c'est-à-dire le pourcentage de personnes prêtes à payer une cotisation comprise dans cette tranche;
- le «score» cumulé obtenu par chaque tranche de contribution.

Le calcul de ces indicateurs et leur utilisation dépendent des questions posées aux ménages. N'est donné ici qu'un exemple de question et de méthode de calcul. Un autre exemple de question est proposé et exploité dans le cas pratique.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur la saisonnalité de la disposition à payer en liaison avec la saisonnalité des revenus

Exemple de questions

Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants?

- janvier février mars avril mai juin
 juillet août septembre octobre novembre décembre

Si vous adhérez à un système de micro-assurance santé, à quelle fréquence et à quelle période pourriez-vous cotiser?

- 1 fois par an (mois le plus favorable: _____)
 1 fois par semestre (mois les plus favorables: _____ et _____)
 1 fois par trimestre 1 fois par mois 1 fois par semaine

Lors du dépouillement des questionnaires on calcule le pourcentage de personnes ayant coché «janvier», «février», etc. à la première question, ce qui permet d'identifier l'existence éventuelle d'un pic de revenus certains mois de l'année.

On calcule ensuite le pourcentage de personnes ayant coché «1 fois par an» ou «1 fois par semestre», etc.

La mise en évidence de pics de revenus dans l'année doit conduire à proposer que le versement des cotisations soit réalisé à des périodes correspondantes, notamment si cela est également le souhait des adhérents potentiels.

Informations sur les intentions de contribution exprimées par la population

Exemple de question

Quel montant seriez-vous prêt à cotiser par personne et par période?

1 fois par _____ Montant par personne de la famille: _____

Lors du dépouillement des questionnaires on reconstitue pour chaque questionnaire le montant annuel d'intention de contribution par personne.

Exemple: Si la personne enquêtée a indiqué «1 fois par mois» et un montant par personne de «200 UM» cela correspond à une cotisation annuelle de 2400 UM par personne (niveaux de contribution fictifs).

On peut ensuite définir des tranches de contribution et calculer leurs scores respectifs c'est-à-dire le pourcentage de personnes prêtes à payer une cotisation située dans chacune de ces tranches.

Exemple

Première tranche: «entre 501 UM et 2000 UM»

Deuxième tranche: «entre 2001 UM et 3000 UM»

Troisième tranche: «entre 3001 UM et 4000 UM»

Quatrième tranche: «entre 4001 UM et 5000 UM»

Cinquième tranche: «5001 UM et plus»

Score_(première tranche) = pour-cent de personnes ayant indiqué un montant de contribution compris entre 501 UM et 2000 UM. On calcule de même les scores des tranches suivantes (niveaux de contribution fictifs).

On peut également calculer le score cumulé de chaque tranche.

Score cumulé_(première tranche) = pour-cent de personnes ayant indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 501 UM

Score cumulé_(deuxième tranche) = pour-cent de personnes ayant indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 2001 UM, etc.

Utilisation

Les scores obtenus par tranche de contribution permettent de mettre en évidence un ou plusieurs groupes homogènes en termes de disposition à payer.

Dans notre **exemple**, supposons que les scores sont les suivants:

- 10% des personnes ont indiqué un montant de contribution compris «entre 501 UM et 2000 UM»;
- 35% ont indiqué un montant compris «entre 2001 UM et 3000 UM»;
- 40% ont indiqué un montant compris «entre 3001 UM et 4000 UM»;
- 10% ont indiqué un montant compris «entre 4001 UM et 5000 UM»;
- 5% ont indiqué un montant compris «5001 UM et plus».

On identifie deux groupes de population principaux: le premier pourrait accepter un niveau de cotisation de 2000 UM; le deuxième pourrait aller jusqu'à 3000 UM. La mise en évidence de ces deux groupes peut conduire à proposer deux gammes de prestations: l'une proposerait la couverture de services de base moyennant le paiement d'une cotisation modique (2000 UM); l'autre proposerait la couverture d'un plus grand nombre de services moyennant le paiement d'une cotisation plus élevée (3000 UM). Toutefois, l'introduction de plusieurs formules de couverture complexifie notablement la gestion du système notamment lorsque celle-ci n'est pas informatisée.

Les scores cumulés permettent d'identifier un montant de cotisation à ne pas dépasser si l'on veut que le système s'adresse à une large majorité de la population et non à une élite, et afin de ne pas rencontrer de difficultés majeures au moment de l'adhésion et du recouvrement des cotisations.

Dans **l'exemple** présenté plus haut, les scores cumulés sont les suivants:

- 100% pour la première tranche: 100% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 501 UM;
- 90% pour la deuxième tranche: 90% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 2001 UM;
- 55% pour la troisième tranche: 55% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 3001 UM, etc.

Proposer uniquement un niveau de cotisation de 3000 UM ne permet de toucher que 55% de la population cible; c'est pourquoi il est souhaitable, soit de proposer un niveau de cotisation plus bas (2000 UM), soit de proposer plusieurs garanties avec des niveaux de cotisation différenciés.

Les niveaux de contribution actuels dans le cadre d'autres organisations de la société civile mettant en jeu des cotisations périodiques comme les coopératives, associations, syndicats, ou les autres systèmes de micro-assurance santé, permettent de confirmer les niveaux de contribution ainsi calculés, leur saisonnalité et l'identification de groupes homogènes en termes de disposition à payer. Ces informations sont utilisées à titre indicatif sans traitement particulier.

CAS PRATIQUE

L'enquête est réalisée auprès de 50 ménages de la population cible. Chaque ménage comprend en moyenne 6 personnes. La question est posée au chef de famille et/ou à son conjoint. On explique à la personne interrogée le principe et l'utilité de cette contribution. La question est ensuite la suivante: «Quel montant **maximum** seriez-vous prêt à payer chaque mois pour vous et votre famille?»

200 UM 400 UM 600 UM 800 UM 1000 UM ...

CAS PRATIQUE (suite)

On calcule:

- le nombre de réponses positives par montant maximum de contribution;
- le pour-cent de réponses par montant (ex: pour le montant maximum 600 UM, le pour-cent de réponses = $21/50 = 42\%$);
- et le pour-cent de réponses cumulées (ex.: le montant 600 UM serait accepté par les ménages ayant indiqué un montant maximum de 600 UM, et tous ceux ayant indiqué un montant maximum supérieur: 800 UM, 1000 UM, 2000 UM, 3000 UM. Le pour-cent cumulé = $42\% + 36\% + 6\% + 2\% + 2\% = 88\%$).

Montant maximum par mois et par famille	Nombre de réponses	Pour-cent de réponses	Pour-cents cumulés
200	2	4%	100%
400	4	8%	96%
600	21	42%	88%
800	18	36%	46%
1 000	3	6%	10%
2 000	1	2%	4%
3 000	1	2%	2%
TOTAL	50	100%	

Au fur et à mesure que les montants de contribution proposés augmentent, le nombre de ménages prêts à cotiser diminue. Généralement, un montant plafond se dégage à partir duquel la disposition à payer décroît rapidement.

3.4.9 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 9 «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques»

Cadre légal pour la contractualisation avec les prestataires de soins/ Identification des interlocuteurs pour passer des accords avec les prestataires de soins

Pas de transformation

Les informations collectées sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Le cadre légal permet de savoir dans quelle mesure il est possible de passer des accords avec l'offre de soins, et indique les règles à respecter lors de la définition et de la mise en œuvre de ces accords. Les autres informations permettent de savoir quels seront les interlocuteurs du système au moment de la préparation des accords: responsables des formations sanitaires, responsables des tutelles, membres des comités de gestion. Si la formation sanitaire a peu d'autonomie, la conclusion d'un accord devra être effectuée en étroite collaboration avec l'organe de tutelle. Si à l'inverse l'autonomie est grande, le responsable de la formation sanitaire pourra lui-même s'engager dans le cadre de l'accord.

Estimation des tarifs en vue de la définition de tarifs conventionnés

1. Tarifs officiels et tarifs négociés

Pas de transformation

Les grilles des tarifs officiels et les tarifs négociés par d'autres systèmes de micro-assurance santé avec des prestataires de soins comparables, sont utilisés directement sans transformation.

Utilisation

Ces informations servent de base à la fixation de tarifs dans le cadre des accords entre le futur système de micro-assurance santé et les prestataires de soins.

2. Surtarifications éventuelles

Transformation

Les informations concernant les «pourboires» permettent d'identifier les services concernés par ces pratiques et de calculer différents indicateurs pour les services concernés: moyenne des pourboires, montants minimum et maximum.

Formules de calcul des indicateurs

Informations permettant d'estimer les surtarifications éventuelles

Exemple de questions

La dernière fois que vous avez dû payer des pourboires, il s'agissait:

d'une consultation d'une hospitalisation

Dans quel service? _____

Combien avez-vous payé (en plus du tarif affiché)? _____ UM

L'exploitation des réponses consiste à calculer un montant moyen de surtarification pour les consultations d'une part, les hospitalisations d'autre part, et éventuellement par service.

Utilisation

Les informations sur les surtarifications permettent d'identifier les services où cette pratique est la plus répandue. Une estimation des pourboires demandés par le personnel des formations sanitaires est particulièrement utile si le système souhaite négocier la fin de ces pratiques moyennant une compensation pour le personnel sous une forme à définir.

Niveaux de qualité et fonctionnement des formations sanitaires en vue de la définition de normes de qualité

1. La qualité objective

Pas de transformation

Les informations sur la qualité objective des formations sanitaires, issues du monitoring, sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Ces niveaux de qualité objective peuvent servir de base à la définition de normes ou objectifs de qualité dans le cadre des accords. La formation sanitaire pourra ainsi s'engager à respecter un délai d'attente maximum ou un niveau de disponibilité en médicaments meilleur que le niveau actuel.

2. Le point de vue du personnel de santé

Pas de transformation

Les informations sur le fonctionnement actuel des formations sanitaires obtenues à partir d'entretiens avec le personnel de santé des formations sanitaires, sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Ces informations permettent de comprendre les procédures actuelles de fonctionnement des formations sanitaires, d'identifier certains problèmes de fonctionnement/qualité et d'envisager des pistes d'amélioration.

Exemples de questions sur la durée d'attente moyenne.

- Est-ce que les patients doivent attendre longtemps avant d'être vus par le personnel soignant?
- Si oui, à quoi est due cette attente?
- Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour réduire la durée d'attente?

Exemples de questions sur l'approvisionnement en médicaments.

- Est-ce que la pharmacie de la formation sanitaire est parfois en rupture de stock de certains médicaments?
- Si oui, à quoi cela est-il dû?
- Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour éviter les ruptures de stock?

Les solutions aux dysfonctionnements – proposées par le personnel de santé lors de ces entretiens – peuvent être reprises lors de la préparation des futurs accords.

3. Le point de vue des utilisateurs

Transformation

Les informations sur la qualité perçue (durée moyenne d'attente, disponibilité en médicaments, confidentialité), issues d'enquêtes auprès des patients, permettent de calculer des indicateurs de qualité perçue. Le calcul des indicateurs et leur utilisation dépendent des questions posées aux patients. N'est donné ici qu'un exemple de question et de méthode de calcul.

Formules de calcul des indicateurs

Informations sur la durée moyenne d'attente

Exemple de questions

Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner?

Durée estimée: _____

> 7 heures entre 4 et 7 heures entre 1 et 4 heures < 1 heure

Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant d'avoir un rendez-vous?

Durée estimée: _____

> 1 mois entre 1 semaine et 1 mois
 < 1 semaine n'a jamais pris de rendez-vous

Pour calculer la durée d'attente moyenne (attente pour être soigné, attente avant la date du rendez-vous), on additionne les durées indiquées dans la case «Durée estimée»; on divise le montant obtenu par le nombre de réponses.

Présence effective du personnel soignant (perçue)

Exemple de question

Est-ce qu'il arrive que certains membres du personnel de santé soient absents pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels? oui non.

On calcule un indicateur de qualité perçue = pour-cent de réponses «non». On procède de la même manière pour obtenir les autres indicateurs de qualité perçue (disponibilité perçue des médicaments, confidentialité, etc.).

Utilisation

L'analyse des enquêtes auprès des patients permet de définir les niveaux de qualité actuels. Ceux-ci peuvent être utilisés pour définir des objectifs ou normes de qualité, c'est-à-dire des niveaux de qualité à atteindre par les formations sanitaires partenaires, dans le cadre des accords avec le futur système de micro-assurance santé.

Exemples: Si la durée d'attente moyenne pour avoir un rendez-vous est de quinze jours, l'un des objectifs de qualité pourra être de faire passer cette durée moyenne à une semaine. Si le niveau de présence effective du personnel de santé est faible (par exemple 70% des utilisateurs ont répondu «oui» à la question «Est-ce qu'il arrive que certains membres du personnel de santé soient absents pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels?»), l'un des objectifs de qualité pourra être de réduire l'absentéisme. Des mesures d'accompagnement pourront être envisagées: motivation du personnel, contrôles. Si le niveau de disponibilité en médicaments est faible l'un des objectifs de qualité pourra être de réduire les ruptures de stock de médicaments. Des mesures d'accompagnement pourront également être envisagées comme la mise en place d'un circuit d'approvisionnement complémentaire.

Modes de paiement des prestataires de soins

Pas de transformation

Les informations collectées sur le mode de tarification actuel, le mode de paiement souhaité, la fréquence souhaitée pour les paiements, peuvent être utilisées directement, sans transformation.

Utilisation

Le mode de paiement peut varier d'une formation sanitaire à l'autre: par acte, par regroupement d'acte, par journée d'hospitalisation, par épisode de maladie, capitation (forfait annuel par personne couverte). Il doit cependant être compatible avec le mode de tarification actuel. Par exemple, un paiement à l'acte n'est possible que si le mode de tarification et de facturation des formations sanitaires consiste à facturer chaque acte distinctement. Lorsque les formations sanitaires facturent les services de santé de manière regroupée, le système pourra envisager un mode de paiement également global: une prise en charge à chaque utilisation, ou par épisode de maladie, ou un forfait annuel par personne couverte.

La fréquence souhaitée pour les paiements dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant peut également varier d'un prestataire à l'autre.

Accords avec les transporteurs/Participation à des programmes d'éducation à la santé et de prévention

Pas de transformation

Les informations collectées sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles permettent d'identifier la possibilité de passer des accords ou de participer à des programmes d'éducation à la santé et de prévention existants et d'identifier les contours des accords/de la collaboration.

Aides publiques existantes et modalités d'octroi

Pas de transformation

Les informations collectées sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles permettent d'identifier les mécanismes d'aide financière existants pour les systèmes de micro-assurance santé: subventions des cotisations pour les plus démunis ou de certaines charges de fonctionnement comme l'aide à l'emploi de personnel salarié, la mise à disposition de services d'assistance technique gratuits ou à des tarifs préférentiels, la mise à disposition de mécanismes de consolidation financière financés ou subventionnés par l'État comme des fonds de garantie. Les informations collectées permettent aussi de comprendre les modalités d'octroi de ces aides: conditions, procédures à suivre.

3.4.10 Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 10 «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système»

Organisation en réseau/Modes d'organisation/ Principales règles de gestion/Autres indicateurs

Pas de transformation

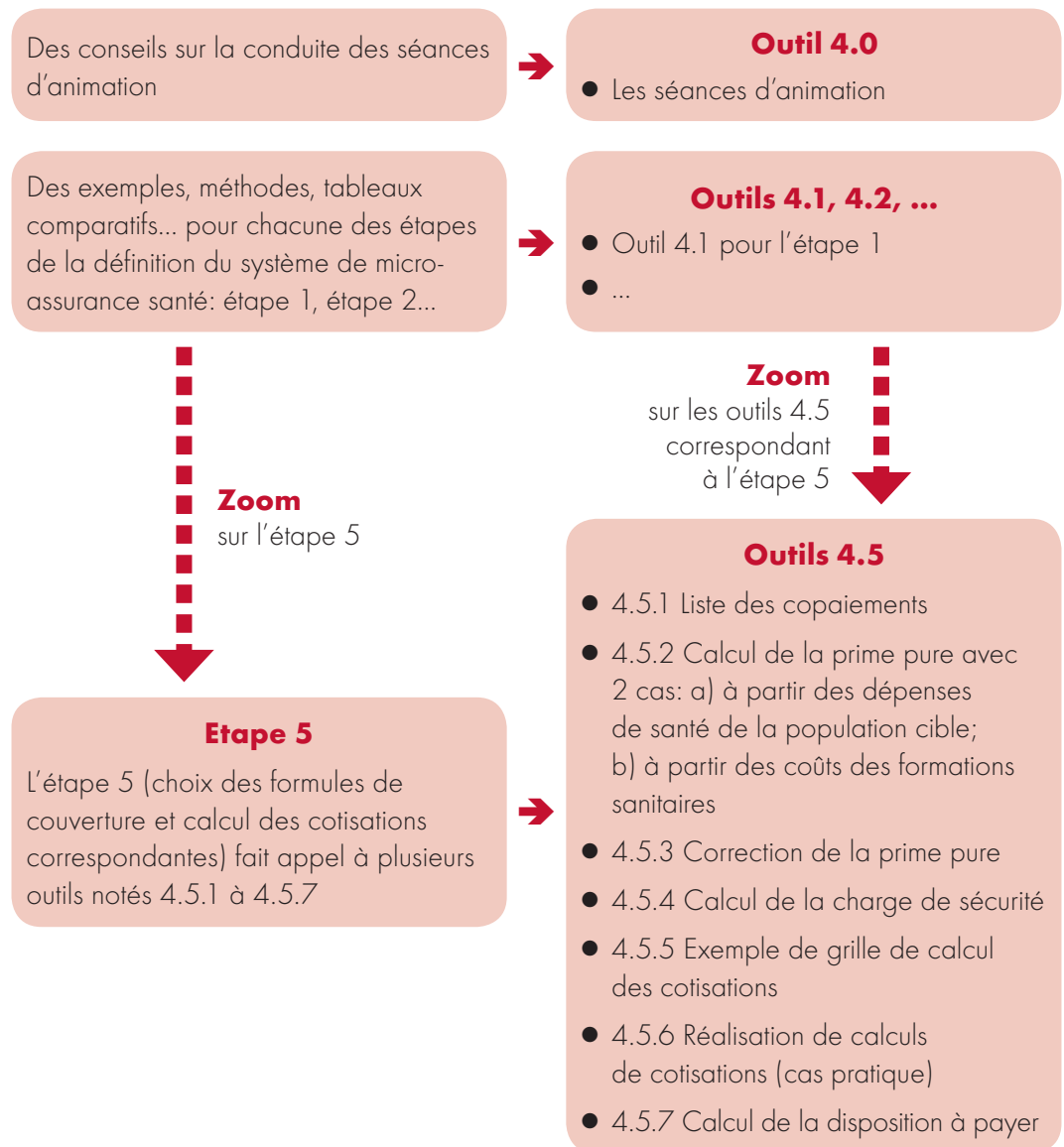
Les informations collectées sont utilisées directement sans transformation.

Utilisation

Elles permettent d'identifier parmi les organisations de la société civile existantes, y compris d'éventuels systèmes de micro-assurance santé, des modes d'organisation astucieux ou des mécanismes de gestion efficaces. Ces informations pourront être utilisées comme source d'inspiration au moment de la conception du système. Le taux de pénétration et le pourcentage des frais de gestion d'autres systèmes de micro-assurance peuvent être utilisés comme références au moment du calcul du budget prévisionnel et des cotisations.

4. Outils pour définir le système de micro-assurance santé

Les outils pour définir le système de micro-assurance santé comportent:



4.0 Les séances d'animation

Les séances d'animation peuvent s'adresser aux différents acteurs concernés par la mise en place du système de micro-assurance santé: les représentants de la population cible, certes, mais également d'autres acteurs clés (comme les futurs prestataires de soins partenaires, les autorités locales, etc.). Cependant, selon les thèmes des séances, la présence de tous ces acteurs n'est pas indispensable. Un trop grand nombre de participants ou une trop grande diversité d'opinions risqueraient de ralentir ou de compliquer le processus de choix. Il convient donc de trouver un juste équilibre entre la volonté d'associer un grand nombre d'acteurs et la difficulté de gérer la diversité.

L'un des objectifs des séances d'animation est de consulter les acteurs, de recueillir leurs points de vue. Il est important de réfléchir à la composition des groupes de travail afin de s'assurer que tous les participants auront la possibilité de s'exprimer. Lors de certains choix comme celui des services couverts, il peut être préférable, dans certains contextes, de consulter séparément les femmes et les hommes, afin que chaque partie ose faire entendre son point de vue. L'association des autorités locales ou traditionnelles à toutes les réunions n'est pas forcément souhaitable pour la même raison (les participants oseront vraisemblablement moins s'exprimer en leur présence). Si malgré toutes ces précautions on se rend compte que certains sous-groupes, comme les femmes, les jeunes, ont été sous-représentés dans le cadre du processus de décision, on peut encore recueillir leurs opinions respectives dans le cadre de réunions plus restreintes appelées «focus groups».

Les séances d'animation doivent être ciblées sur les questions de micro-assurance santé. Les objectifs des séances d'animation doivent être clairement définis afin d'éviter toute dispersion. En particulier la mise en place d'activités génératrices de revenus, souvent identifiée comme une mesure d'accompagnement d'un système de micro-assurance santé, doit faire l'objet d'un autre projet et de séances d'animation distinctes.

L'animation est un processus progressif et qui nécessite du temps. La recherche de résultats rapides aboutit le plus souvent à un échec et réduit le processus au «parachutage» d'un système qui ne sera pas forcément le mieux adapté au contexte. Mais il s'agit également d'un processus dynamique qui ne doit pas souffrir de ruptures. Il faut donc donner un certain rythme à ce processus et ne pas le faire traîner en longueur au risque de démotiver les acteurs.

Les animateurs doivent bien connaître les sujets abordés, notamment ceux qui concernent les techniques d'assurance. Ils doivent pouvoir proposer différentes formes d'organisation et de fonctionnement. A ce titre, la connaissance d'autres expériences est utile mais ne doit pas aboutir à un recopiage. Il est également souhaitable de ne pas inhiber la créativité des acteurs en les «enfermant» dans des pratiques tirées d'autres expériences.

4.1 Choix de la population cible

Exemple de tableau comparatif

Ce tableau permet de faciliter le choix entre plusieurs populations cibles préidentifiées et définies sur une base géographique, socioprofessionnelle ou socio-économique. Il comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix de la population cible» (objectif 2). Pour les critères démographiques, les informations et indicateurs sont issus de l'objectif 1 «Connaître le contexte»/informations démographiques. Pour les critères d'exclusion de l'accès aux soins de santé, ils sont issus de l'objectif 4 «Préparer le choix des services de santé à couvrir»/services dont l'accès est difficile pour des raisons financières.

Dans cet exemple, le comité de pilotage cherche à sélectionner un village parmi les trois qu'il a identifiés. Les trois villages (A, B, C) ont chacun un centre de santé; les habitants des trois villages fréquentent par ailleurs le même hôpital de référence.

	Village A	Village B	Village C
Critères démographiques			
Nombre d'habitants			
Répartition par tranches d'âge			
Nombre moyen de personnes par famille			
Critères d'exclusion de l'accès aux principaux services de santé			
Taux d'exclusion totale			
Taux d'exclusion temporaire			
Taux d'exclusion partielle			
Critères de qualité objective des formations sanitaires (il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité)			
Conformité de l'état des bâtiments, de l'équipement et de la qualification du personnel soignant			
Couverture effective			
Disponibilité en médicaments			
Plages horaires d'ouverture			
Existence d'un système de garde en dehors des horaires d'ouverture			
Durée moyenne d'attente			
Critères de fréquentation des formations sanitaires			
Taux de fréquentation de chaque centre de santé			
Taux de fréquentation de l'hôpital de référence			
Critères économiques et sociaux			
Activités génératrices de revenus monétaires			
Niveaux de revenus			
Niveau d'éducation et d'alphabétisation			

	Village A	Village B	Village C
Critères économiques et sociaux (suite)			
Formes d'organisations de la population (associations, tontines, groupements, coopératives, etc.)			
Informations sur les principales organisations de la société civile (taille, existence ou non d'un système de cotisations, gestion ou non d'une caisse commune, etc.)			
Critères des pratiques d'entraide			
Existence de systèmes d'entraide en cas de maladie			
Caractéristiques des systèmes d'entraide (services, mode de financement, etc.)			

4.2 Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture

Liste des services de santé habituellement couverts⁵

Les soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les postes de santé ou les centres de santé. Ils comportent:

- les soins préventifs et promotionnels qui comprennent les consultations pré- et postnatales, le suivi des nourrissons sains, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement. Un système de micro-assurance santé a tout intérêt à couvrir les soins préventifs afin de limiter la survenue des cas de maladie. Ainsi la prise en charge des consultations prénatales vise à prévenir les accouchements dystociques;
- les soins curatifs qui comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoire. Parfois on y adjoint la mise en observation (petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé) ou les accouchements assistés;
- la prise en charge des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, infection par le VIH, maladies cardiaques, hémophilie, etc.) et des soins à domicile*, éventuellement;
- la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition et leur récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés au cours de l'hospitalisation.

⁵ Il est également possible de couvrir des services de médecine traditionnelle à condition qu'il existe des moyens de formaliser et de contrôler les transactions (tarifs fixés, factures, etc.).

Les soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques, tels que la radiologie, et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation, soit lors d'une consultation externe.

Les soins et prothèses dentaires

Les soins et prothèses dentaires, dispensés par des cabinets privés, constituent le plus souvent un service à part. Certains systèmes de micro-assurance prennent en charge les soins dentaires (traitement des caries principalement), et parfois les prothèses (appareils amovibles, couronnes).

La lunetterie

Certains systèmes de micro-assurance santé prennent en charge les lunettes à condition qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste, c'est-à-dire un médecin spécialiste des troubles de la vue. Le plus souvent la prise en charge est limitée aux verres, les montures n'étant pas prises en charge. Les prix des montures peuvent être très divers, si bien que lorsqu'elles sont couvertes, les montures sont souvent remboursées sur la base d'un forfait.

Les médicaments et autres consommables médicaux

En ce qui concerne les médicaments il est important de déterminer la liste de ceux qui seront pris en charge par le système, ou de limiter la liste des médicaments couverts à celle des médicaments essentiels établie par le Ministère de la santé.

Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités*) et les génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers ou – lorsque aucun générique n'est disponible – les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par des formations sanitaires déterminées comme par exemple uniquement les structures sanitaires publiques ou certaines pharmacies privées bien identifiées.

Il est également conseillé de ne prendre en charge que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale (ordonnance).

Les consommables médicaux comprennent le petit matériel médical comme les sondes, les perfusions, les seringues, les pansements, etc. que les patients doivent se procurer avant de pouvoir bénéficier des soins ou pour pouvoir poursuivre le traitement à domicile. L'achat des consommables médicaux peut constituer une barrière financière gênant l'accès aux soins. C'est pourquoi certains systèmes les prennent en charge. Là encore il est important de dresser une liste précise des consommables couverts.

Le transport des malades

Outre la prise en charge des soins de santé le système de micro-assurance santé peut prendre en charge les évacuations des malades d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire.

La couverture des gros et des petits risques

Les gros risques

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses de soins importantes: hospitalisations, interventions chirurgicales, accouchements dystociques et autres actes spécialisés. La probabilité de survenue de ces événements est faible. L'effort financier qu'ils demandent est en revanche très difficile à fournir pour la quasi-totalité des familles. Peu d'individus sont en effet en mesure de financer eux-mêmes et intégralement une intervention lourde, surtout si celle-ci nécessite de recourir à des prestataires de soins éloignés.

Les petits risques

Les petits risques concernent les cas plus bénins qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence est nettement plus élevée que les gros risques. Sont notamment inclus dans cette catégorie les soins infirmiers et les consultations ambulatoires.

L'assurance est particulièrement adaptée aux gros risques

Les petits risques, comme la consultation ou l'achat de médicaments, sont des risques presque certains. Dans une année, il n'est pas rare de devoir aller au moins une fois consulter un médecin ou acheter des médicaments. Par conséquent, l'assurance, qui consiste à mettre en commun des cotisations pour couvrir les dépenses des seules personnes ayant recours aux soins, n'est pas beaucoup plus efficace qu'un système d'épargne où chacun met de l'argent de côté en prévision de dépenses de santé quasi certaines. La cotisation que chaque individu a à payer dans le cadre d'un système de micro-assurance santé est à peu près équivalente aux dépenses de santé que l'individu aurait effectué s'il n'avait pas été assuré.

A l'inverse les gros risques (comme l'utilisation de soins de santé secondaires et tertiaires) sont liés à des événements dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux. Avec un grand nombre d'adhérents, qui paient chacun une petite cotisation, on peut couvrir les dépenses des personnes touchées par ces risques. L'assurance permet d'apporter une réponse efficace en répartissant les risques sur un nombre important d'individus. La cotisation que chaque individu a à payer est faible au regard des dépenses qu'il aurait dû effectuer lors de la survenue du risque s'il n'avait pas été assuré. Cependant, pour pouvoir prendre en charge le gros risque, la taille de la population couverte doit être suffisamment importante sous peine de mettre en péril la viabilité du système.

Exemple de tableau comparatif des services de santé

Ce tableau permet de faciliter la hiérarchisation des services de santé selon un ordre de priorité et de mettre en évidence les services qui sont considérés comme prioritaires par certains sous-groupes de population seulement.

Il comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix des services de santé à couvrir» (objectif 4).

Critères	Nom du service (liste non exhaustive)						
	Consultation	Médicaments	Labo	CPN	Accouchements simples	Accouchements dystociques	...
Besoins réels							
Services prioritaires							
Besoins ressentis							
Pour-cent de personnes ayant jugé le service prioritaire							
Difficultés financières							
Taux d'exclusion totale							
Taux d'exclusion temporaire							
Taux d'exclusion partielle							
Problèmes de recouvrement et de financement							
Pour-cent de factures impayées							
Sous-utilisation (oui/non)							
Sous-groupes de population particulièrement intéressés (le cas échéant)							
Caractéristiques du sous-groupe							
Dans le sous-groupe: Pour-cent de personnes jugeant le service prioritaire							

Exemple de formules de couverture

La formule de couverture proposée ci-après comporte:

- une formule de base comprenant des services qui correspondent aux besoins du plus grand nombre;
- une formule «étendue» comprenant les services de la formule de base + d'autres services importants mais non prioritaires;
- des services proposés en option comme le service de transport en urgence lorsqu'ils correspondent seulement aux besoins d'un sous-groupe de population.

Parmi les services:

- certains correspondent à des actes;
- d'autres correspondent à des regroupements d'actes: ainsi l'hospitalisation médicale couvre le forfait journalier, les consultations et les soins, les médicaments consommés et les actes de diagnostic pratiqués pendant l'hospitalisation;
- d'autres enfin correspondent à des épisodes de maladie: ainsi le service maternité comporte les consultations pré- et postnatales ainsi que l'accouchement, que celui-ci soit simple ou dystocique.

Exemple de formules de couverture		
	Formule de base	Formule étendue
Services inclus		
Consultation au PS/CS	✓	✓
Soins au PS/CS	✓	✓
Médicaments génériques à la pharmacie du PS/CS	✓	✓
Analyses de laboratoire	✓	✓
Radiologie		✓
Consultation spécialisée à l'hôpital <NOM>		✓
Consultation spécialisée en ville		✓
Médicaments génériques à la pharmacie (hôpital <NOM>)	✓	✓
Hospitalisation médicale non programmée (hôpital <NOM>)	✓	✓
Hospitalisation chirurgicale non programmée (hôpital <NOM>)	✓	✓
Maternité	✓	✓
Lunetterie		✓
Services optionnels		
Transport en urgence	Possible	Possible

4.3 Choix des prestataires de soins partenaires

Exemple de tableau comparatif

Ce tableau permet de faciliter le choix entre deux prestataires (A et B). Il comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires» (objectif 3).

	Prestataire A	Prestataire B
Monographie par prestataire		
Echelon de la pyramide sanitaire		
Nature (prestataire public, privé ou mis en place dans le cadre d'un programme spécial)		
Localité		
Types de soins dispensés		
Tarifs pour les services suivants:		

Qualité objective des formations sanitaires		
Conformité de l'état des bâtiments, de l'équipement, de la qualification du personnel soignant		
Couverture effective		
Disponibilité en médicaments		
Plages horaires d'ouverture		
Existence d'un système de garde en dehors des horaires d'ouverture		
Durée moyenne d'attente		
Surcharge au niveau d'un service		
Taux d'occupation moyen des lits		
Rationalisation des schémas thérapeutiques		
SYNTHÈSE QUALITÉ OBJECTIVE		
Qualité perçue des formations sanitaires		
Qualité de l'accueil		
Personnel soignant: compétences, capacité d'écoute et de compassion, existence de personnel soignant féminin		
Ensemble du personnel: honnêteté, confidentialité		
Durée moyenne d'attente		
Plages horaires d'ouverture		
Présence effective du personnel pendant les heures d'ouverture		
Personnel en nombre suffisant		

	Prestataire A	Prestataire B
Qualité perçue des formations sanitaires (suite)		
Disponibilité en médicaments		
<i>SYNTHÈSE QUALITÉ PERÇUE</i>		
Fréquentation		
Taux de fréquentation		

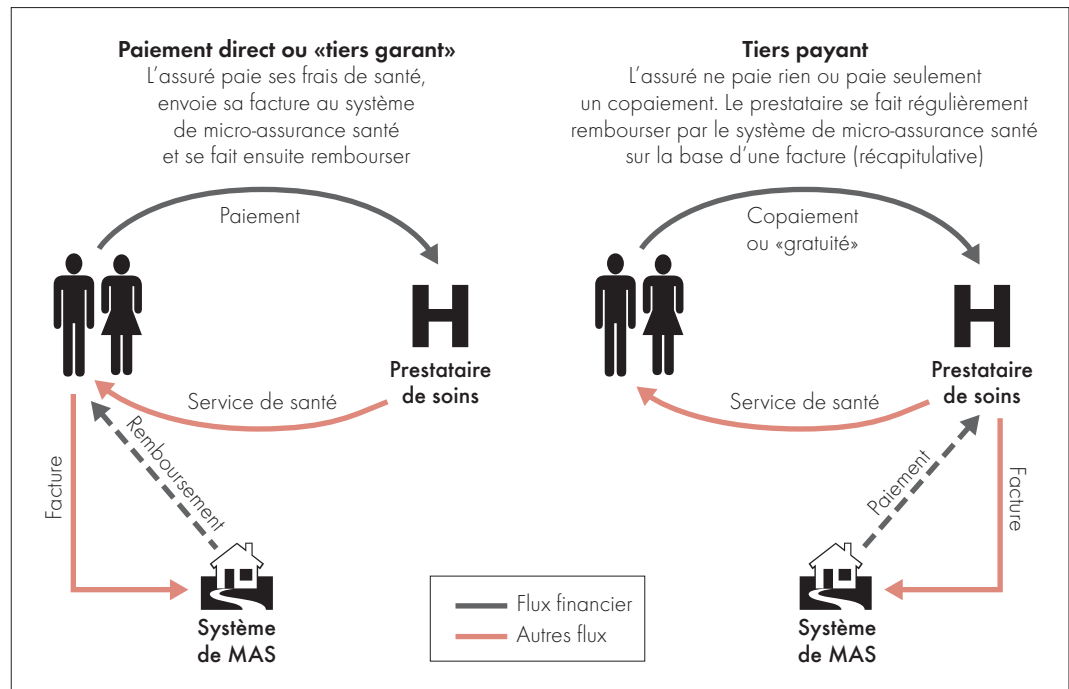
4.4 Choix du tiers payant: Pour quels services? Pour quels prestataires de soins?

Exemple de tableau comparatif

Ce tableau permet d'identifier et de sélectionner les services de santé pour lesquels le tiers payant est prioritaire. Il comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de l'objectif 5 «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant».

Critères	Nom du service (liste non exhaustive)						
	Consulta- tion	Médica- ments	Laboratoire	Consulta- tions pré- et postnatales	Accou- chements simples	Accou- chements compliqués	...
Coût (indiquer -, + ou ++ selon le niveau de coût)							
Urgence (indiquer -, + ou ++ selon le niveau d'urgence ou d'imprévu des cas traités)							
Besoins exprimés par la population							
Pour-cent de person- nes jugeant le tiers payant prioritaire pour ce service							

Exemple de schémas explicatifs des différentes modalités de prise en charge



4.5 Choix des formules de couverture et calcul des cotisations correspondantes

4.5.1 Liste des copaiements

Le ticket modérateur

Lorsque le système de micro-assurance santé prend seulement en charge un pourcentage des dépenses, le complément à la charge de l'adhérent s'appelle ticket modérateur. Le ticket modérateur permet de modérer la consommation de soins de santé de l'individu (dans la mesure où celui-ci a quelque chose à payer, il est tenté de limiter sa consommation).

Exemple de garantie avec ticket modérateur : La garantie «Hospitalisation» est de 80% des dépenses engagées et le ticket modérateur de 20%. Ainsi, si les dépenses sont de 100 000 UM, le système prend en charge 80%, soit 80 000 UM et l'adhérent doit déboursier 20%, soit 20 000 UM.

Le plafond ou le forfait (= limitation en montant)

Le plafond ou forfait consiste à prendre en charge 100% des dépenses, dans la limite d'un forfait monétaire par cas, par séance, par jour ou par an.

Exemples de garanties avec forfait: La garantie «Consultation» est «100% des dépenses engagées limitées à 600 UM par consultation». La garantie «Frais de séjour à l'hôpital» est «100% des dépenses engagées limitées à 150 UM par journée d'hospitalisation». La garantie «Optique» est «100% des dépenses engagées limitées à 3000 UM par an et par personne».

Application numérique pour la garantie «Consultation»: si le tarif de la consultation est de 500 UM (< 600 UM), le système prend en charge 100% des dépenses, soit 500 UM et l'adhérent ne débourse rien. Si le tarif de la consultation est de 800 UM (> 600 UM), le système prend en charge le forfait, soit 600 UM et l'adhérent doit déboursier la différence entre le tarif de la consultation et le forfait soit 200 UM.

La limitation en nombre de jours, de cas ou de séances

La limitation en nombre consiste à restreindre la prise en charge à un nombre maximal de jours, de cas ou de séances par personne et par an.

Exemples de garanties avec une limitation en nombre: La garantie «Consultation prénatale» est «100% des dépenses engagées dans la limite de 3 consultations prénatales par femme enceinte et par an». La garantie «Frais de séjour à l'hôpital» est «80% des dépenses engagées limitées à douze jours d'hospitalisation par personne et par an».

Application numérique pour la garantie «Consultation prénatale»: si la patiente consomme 2 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses et l'adhérent ne débourse rien. Si la patiente consomme 4 consultations prénatales, le système prend en charge 100% des dépenses pour les trois premières, en revanche la quatrième est à la charge de l'adhérent.

La franchise monétaire à chaque utilisation, la franchise monétaire annuelle et la franchise en nombre (de jours, de cas, de séances)

La franchise monétaire à chaque utilisation

La franchise monétaire à chaque utilisation consiste à prendre en charge 100% des dépenses moins un montant, exprimé en unités monétaires et appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l'adhérent et qui n'est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées. Ce type de copaiement ne favorise pas l'accessibilité des soins.

Exemple de franchise monétaire: La garantie «Chirurgie» est de 100% des dépenses engagées moins un montant de franchise de 2000 UM.

Application numérique: si les frais de chirurgie sont de 1500 UM (< 2000 UM), le système ne prend rien en charge et l'adhérent doit déboursier 1500 UM. Si les frais de chirurgie sont de 3000 UM, le système prend en charge 1000 UM (3000 - 2000 UM) et le montant de la franchise (2000 UM) reste à la charge de l'adhérent.

La franchise monétaire annuelle

La franchise monétaire annuelle consiste à ne commencer à prendre en charge les dépenses de santé que lorsque les frais engagés par l'assuré au cours de l'année ont dépassé un montant (la franchise) qui reste à sa charge. Ce type de copaiement comporte un inconvénient majeur: il contribue à rendre la couverture peu visible.

Exemple de franchise monétaire annuelle: La garantie «Consultations et pharmacie» est de 100% des dépenses engagées au-delà d'une franchise annuelle de 3000 UM.

Application numérique: au cours de l'année, un assuré connaît quatre épisodes de maladie. Lors du premier épisode, il dépense 1000 UM en consultation et médicaments; il n'est pas remboursé. Lors du deuxième épisode, il dépense 1500 UM. Ses dépenses cumulées depuis le début de l'année sont de 1000 UM + 1500 UM = 2500 UM. Il n'est pas remboursé. Lors du troisième épisode, il dépense 1200 UM. Ses dépenses cumulées depuis le début de l'année sont de 2500 UM + 1200 UM = 3700 UM > 3000 UM. Il est donc remboursé de 700 UM et le montant de la franchise annuelle (3000 UM) reste à sa charge. Lors du quatrième épisode, il dépense 1500 UM et il est intégralement pris en charge.

La franchise en nombre

La franchise en nombre consiste de manière analogue à prendre en charge 100 % des dépenses moins un nombre de séances, de cas ou de jours, qui reste toujours à la charge de l'adhérent.

Exemple de franchise en nombre: La garantie «Frais de séjour à l'hôpital» est de 100% des dépenses engagées, à l'exclusion du premier jour d'hospitalisation qui n'est jamais pris en charge.

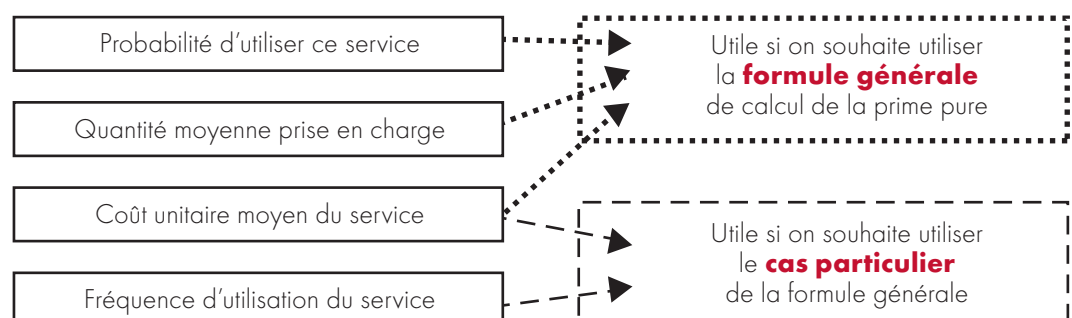
Application numérique: si le patient est hospitalisé 3 jours, les dépenses correspondant au premier jour sont entièrement à sa charge. En revanche, le système de micro-assurance santé prend en charge les deuxième et troisième jours d'hospitalisation.

4.5.2a) Calcul de la prime pure à partir des dépenses de santé de la population cible

Il y a deux manières de calculer la prime pure:

- à partir des dépenses de santé des personnes couvertes ► traité ici;
- à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires ► voir 4.5.2b), page 145.

Cette section explique comment calculer pour chaque service de santé les indicateurs suivants:



Ensuite, il suffit de multiplier les indicateurs ainsi obtenus pour calculer la prime pure (selon la formule générale de calcul ou le cas particulier de la formule générale):

Formule générale	Cas particulier de la formule générale
Prime pure (pour un service de santé) = Probabilité d'utiliser ce service × Quantité moyenne prise en charge × Coût unitaire moyen	Prime pure (pour un service de santé) = Fréquence d'utilisation de ce service × Coût unitaire moyen

Exception: Dans le cas des garanties «Plafond annuel» ou «Franchise monétaire annuelle», la prime pure est égale à: probabilité d'utiliser le service × coût annuel moyen. Une estimation de la distribution du coût annuel moyen peut être obtenue à partir de la distribution du coût unitaire multipliée par la quantité moyenne (voir § *Cas de franchises et de plafonds annuels: calcul du coût annuel moyen*, page 141).

Calcul de la probabilité d'utiliser un service de santé (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 trois indicateurs ont été calculés: la probabilité de tomber malade, la proportion attendue de malades ayant recours à la formation sanitaire et la proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire. Pour plus de détails, se reporter à:

► **3.4.6** - Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 85.

La probabilité d'utiliser le service de santé est obtenue en multipliant entre eux ces 3 indicateurs:

Probabilité (service de santé) = Probabilité (malade) × Proportion attendue de malades ayant recours à la formation sanitaire × Proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire
--

2. Autre méthode de collecte et de calcul de la probabilité: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

L'exploitation des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé a permis d'obtenir deux indicateurs: le nombre de personnes couvertes ayant utilisé au moins une fois dans l'année le service de santé et la population totale couverte par le système (voir de même 3.4.6). La probabilité d'utiliser le service de santé est obtenue en divisant le premier par le second:

$$\text{Probabilité (service de santé)} = \frac{\text{Nombre d'utilisateurs du service dans l'année (chacun comptabilisé une seule fois)}}{\text{Population couverte par le système}}$$

Calcul de la quantité moyenne prise en charge (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible» (voir 3.4.6) un tableau de synthèse a été rempli comprenant d'un côté le nombre de fois où le service a été utilisé (1 fois, 2 fois, etc.) ou bien le nombre d'unités consommées (un jour, deux jours, etc., dans le cas de l'hospitalisation) et de l'autre le nombre de patients concernés.

Exemple de tableau (données fictives):

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	50	30	10	5	3

Ce tableau permet à présent de calculer la quantité moyenne prise en charge, quel que soit le mode d'expression de la garantie:

- premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie ne comporte pas de limitation particulière de la quantité d'utilisation du service de santé;
- deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation de la quantité prise en charge;
- troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise en quantité.

Pour plus de détails sur les méthodes de collecte et le tableau de synthèse, se reporter à:

► **3.4.6** – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 92.

1. Premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie ne comporte pas de limitation particulière de la quantité prise en charge

Exemples de garanties

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation	100% des dépenses engagées, à chaque consultation, quel que soit le nombre de consultations dans l'année
Pharmacie	60% du montant de chaque ordonnance

Formule de calcul de la quantité moyenne prise en charge

$$\text{Quantité moyenne prise en charge} = \frac{\text{Nombre de fois où le service a été utilisé dans l'année}}{\text{Nombre total de patients (chacun comptabilisé une seule fois, même s'il a utilisé le service plus d'une fois)}}$$

CAS PRATIQUE

Calcul de la quantité moyenne prise en charge dans le cas d'une garantie sans limitation en quantité (cas le plus fréquent)

La collecte des données pour le service consultation a été réalisée auprès de 98 patients. Le tableau synthétique comporte les informations suivantes:

Nombre de fois où le service consultation a été utilisé dans l'année	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	50	30	10	5	3

La quantité moyenne prise en charge = $[(1 \times 50) + (2 \times 30) + (3 \times 10) + (4 \times 5) + (5 \times 3)] / (50 + 30 + 10 + 5 + 3) = 175 / 98 = 1,79$.

2. Deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation de la quantité prise en charge

Exemples de garanties

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation prénatale	100% limité à 3 CPN par personne et par an
Hospitalisation	80% limité à 12 jours par personne et par an
Lunetterie	1500 UM limité à un équipement par personne et par an

Le premier exemple de garantie prend en charge les consultations prénatales à hauteur de 100% des dépenses engagées dans la limite de 3 consultations par personne et par an. Si la bénéficiaire consomme 1, 2 ou 3 CPN, celles-ci sont intégralement prises en charge. La quatrième consultation, en revanche, n'est pas du tout prise en charge. Ce type de limitation permet de protéger le système contre une consommation de certains assurés nettement supérieure à la moyenne.

Formule de calcul de la quantité moyenne prise en charge

La quantité moyenne prise en charge est inférieure au nombre moyen d'actes consommés par la population de référence. Voir le cas pratique ci-après pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul de la quantité moyenne dans le cas d'une garantie avec limitation de la quantité prise en charge

La collecte de données pour le service «Consultation prénatale» a été réalisée auprès de 150 femmes enceintes et ayant effectué au moins une consultation prénatale dans l'année. Le tableau synthétique est le suivant:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2

La garantie est 100% des dépenses engagées limitées à 3 CPN par femme enceinte et par an. La quantité prise en charge est donc:

- la quantité réelle consommée pour les patientes utilisant moins de 3 CPN;
- 3 CPN pour celles utilisant plus de 3 CPN.

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2
Quantité prise en charge	1	2	3	3	3	3

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(100 \times 1) + (20 \times 2) + ((20 + 5 + 3 + 2) \times 3)] / 150 = 1,53$

Remarque: La quantité moyenne de la garantie 100% des dépenses engagées sans limitation aurait été = $[(100 \times 1) + (20 \times 2) + (20 \times 3) + (5 \times 4) + (3 \times 5) + (2 \times 6)] / 150 = 1,65$.

Prise en compte de l'impact de la garantie sur la consommation des bénéficiaires

On peut supposer que la mise en place de la garantie «Consultation prénatale» va contribuer à augmenter le nombre de recours chez les femmes qui jusqu'à présent consommaient 1 ou 2 CPN.

En s'appuyant sur un sondage réalisé auprès d'un échantillon de femmes enceintes, on peut par exemple formuler les hypothèses suivantes. Les femmes qui jusqu'à présent consommaient 1 CPN vont pour 25% d'entre elles garder le même niveau de consommation, pour 25% consommer 2 CPN et pour 50% consommer 3 CPN. Les femmes qui jusqu'à présent consommaient 2 CPN vont pour 50% d'entre elles garder le même niveau de consommation, et pour 50% consommer 3 CPN. Les autres femmes (3 CPN et plus) garderont le même comportement. Par conséquent, les quantités de CPN consommées seront vraisemblablement les suivantes:

Nombre d'utilisations du service	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	25	35	80	5	3	2
Quantité prise en charge	1	2	3	3	3	3

Donc la quantité moyenne prise en charge sera égale à: $[(25 \times 1) + (35 \times 2) + ((80 + 5 + 3 + 2) \times 3)] / 150 = 2,43$.

3. Troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise en quantité

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Hospitalisation	Le premier jour d'hospitalisation n'est pas pris en charge Le deuxième jour et les suivants sont pris en charge à 80% des dépenses engagées

Dans le cadre de cet exemple si le bénéficiaire est hospitalisé une seule journée, l'hospitalisation n'est pas prise en charge. S'il est hospitalisé plus d'une journée, le premier jour reste à sa charge. La garantie ne prend en charge les frais d'hospitalisation qu'à partir du deuxième jour.

Ce type de garanties consiste à ne prendre en charge les dépenses de santé que lorsqu'elles commencent à poser des problèmes financiers aux assurés. La franchise du premier jour d'hospitalisation permet en outre de décourager le comportement de certains assurés qui, sinon, se feraient hospitaliser pour des maladies bénignes (nécessitant seulement une journée d'observation à l'hôpital).

Formule de calcul de la quantité moyenne prise en charge

La quantité moyenne prise en charge est inférieure au nombre moyen d'actes consommés par la population de référence. Voir le cas pratique ci-après pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul de la quantité moyenne dans le cas d'une garantie avec une franchise en quantité

La collecte de données pour le service «Hospitalisation médicale» a été réalisée auprès de 200 patients. Le tableau synthétique est le suivant:

Nombre de jours d'hospitalisation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2

La garantie couvre 80% des dépenses engagées avec une franchise pour le premier jour d'hospitalisation. La quantité prise en charge est donc: 0 jour pour les patients hospitalisés une journée; le nombre de jours d'hospitalisation moins un jour pour les autres.

Nombre de jours d'hospitalisation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2
Quantité prise en charge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(0 \times 35) + (1 \times 15) + (2 \times 15) + (3 \times \dots)] / 200 = 3,91$.

Remarque: La quantité moyenne de la garantie 80% des dépenses engagées sans franchise aurait été = $[(35 \times 1) + (15 \times 2) + (15 \times 3) + (35 \times 4) + \dots] / 200 = 4,91$.

Calcul du coût unitaire moyen (→ utile quelle que soit la formule de calcul de la prime pure utilisée)

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible» (voir 3.4.6) un tableau de synthèse a été rempli.

Avec la première méthode de collecte (à partir des données des formations sanitaires: registres, rapports d'activité, statistiques, témoignage du personnel de santé), le tableau de synthèse comprend pour chaque pathologie, le taux de prévalence de la pathologie et le coût moyen du service pour cette pathologie. Exemple de tableau (données fictives):

Pathologie	Paludisme	Troubles respiratoires	Diarrhée	...
Coût moyen du service	1000	1500	1200	
Taux de prévalence	10%	15%	9%	

Cette forme de présentation ne permet pas cependant de calculer le coût unitaire moyen pour tous les modes d'expression de la garantie (pas adaptée dans le cas de forfaits/plafonds et franchises monétaires).

Dans le cadre des autres méthodes de collecte (suivi d'un échantillon de patients, données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants), le tableau de synthèse comprend d'un côté, le coût du service (1000 UM, 1200 UM, 1500 UM, etc.) et de l'autre le nombre de fois où ce coût a été observé. Exemple de tableau (données fictives):

Coût du service	1000	1200	1500	1800	2000	...
Nombre d'utilisations	10	25	50	10	5	

Cette forme de présentation permet de calculer le coût unitaire moyen du service, quel que soit le mode d'expression de la garantie:

- premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie prend en charge 100% des dépenses engagées ou Y% des dépenses engagées avec $Y < 100$ (garantie avec ticket modérateur);
- deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation monétaire («plafond» ou «forfait») à chaque utilisation;
- troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise monétaire à chaque utilisation.

Pour plus de détails sur les méthodes de collecte et le tableau de synthèse, se reporter à:

► **3.4.6** - Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 94.

1. Premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie prend en charge 100% des dépenses engagées ou Y% des dépenses engagées avec $Y < 100$ (garantie avec ticket modérateur)

Exemples de garanties

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation	80% du tarif de la consultation (ticket modérateur de 20%)
Accouchement à l'hôpital	100% des frais d'accouchement

Formule de calcul du coût unitaire moyen de la prise en charge

Le coût unitaire moyen de la prise en charge du service de santé est le montant pris en charge en moyenne pour ce service.

Dans le cas où la garantie prend en charge l'intégralité des dépenses engagées, le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal au coût unitaire moyen du service de santé pour les patients avant la mise en place du système de micro-assurance santé c'est-à-dire au tarif pratiqué en moyenne par les prestataires de soins pour ce service.

$$\text{Coût unitaire moyen (service de santé)} = \text{Tarif moyen (service)}$$

Dans le cas où la garantie ne prend en charge qu'un pourcentage des dépenses engagées (ticket modérateur), le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal à ce pourcentage multiplié par le tarif moyen observé avant la mise en place du système de micro-assurance.

$$\text{Coût unitaire moyen (service de santé)} = Y\% \times \text{Tarif moyen (service)}$$

où Y% est le taux de prise en charge

La mise en place du système de micro-assurance santé ne contribue pas a priori à modifier les tarifs moyens des services de santé, sauf si le système passe un accord sur les prix avec les prestataires de soins visant à modifier les tarifs pratiqués.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût unitaire moyen dans le cas de garanties 100% des dépenses engagées ou avec ticket modérateur

Premier exemple: la collecte des données a été effectuée à partir des données des formations sanitaires (registres, rapports d'activité, témoignage du personnel, statistiques). Le tableau de synthèse comporte les informations suivantes:

Pathologie	1	2	3	4	5
Taux de prévalence	10%	25%	30%	30%	5%
Coût moyen de la consultation	300	300	300	300	300
Coût moyen de l'ordonnance	700	300	700	1 000	800
Coût moyen des analyses	500	200	300	200	600

La garantie couvre 100% des dépenses engagées pour la consultation, 80% des dépenses engagées pour la pharmacie (ordonnances) et 60% des dépenses engagées pour les analyses.

	Tarif moyen	Y% Tarif moyen
Consultation	300 UM	$100\% \times 300 = 300 \text{ UM}$
Pharmacie (ordonnances)	$(10\% \times 700) + (25\% \times 300) + \text{etc.} = 695 \text{ UM}$	$80\% \times 695 = 556 \text{ UM}$
Analyses	$(10\% \times 500) + (25\% \times 200) + \text{etc.} = 280 \text{ UM}$	$60\% \times 280 = 168 \text{ UM}$

Deuxième exemple: la collecte des données a été effectuée à partir du suivi d'un échantillon de patients. Le tableau de synthèse comporte les informations suivantes:

Coût d'une consultation	200	300	400	500
Nombre de consultations concernées	1	9	1	1

Coût d'une ordonnance	240	250	300	350	400	500	800
Nombre d'ordonnances concernées	1	1	1	1	1	1	1

La garantie couvre 100% des dépenses engagées pour la consultation et 80% des dépenses engagées pour la pharmacie (ordonnances).

	Tarif moyen	Y% Tarif moyen
Consultation	$[(1 \times 200) + (9 \times 300) + (1 \times 400) + (1 \times 500)] / (1 + 9 + 1 + 1) = 3800 / 12 = 316,67$	$100\% \times 316,67 = 316,67 \text{ UM}$
Pharmacie (ordonnances)	$[(240 \times 1) + (250 \times 1) + \text{etc.}] / (1 + 1 + \dots) = 2840 / 7 = 405,71$	$80\% \times 405,71 = 324,57 \text{ UM}$

2. Deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation monétaire («Plafond» ou «Forfait») à chaque utilisation

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation	100% des dépenses engagées dans la limite d'un forfait de 600 UM par consultation

Si le tarif de la consultation est inférieur à 600 UM, la consultation est entièrement prise en charge. Si le tarif est supérieur à 600 UM, la garantie prend en charge le forfait (600 UM); la différence entre le tarif et le forfait est à la charge de l'adhérent.

Exemple: Si le tarif de la consultation est de 500 UM, la prise en charge couvre 100% des dépenses engagées soit 500 UM et le reste à la charge de l'adhérent est nul. Si le tarif de la consultation est de 1000 UM, la prise en charge est de 600 UM et il reste à la charge de l'adhérent 400 UM.

Formule de calcul du coût unitaire moyen de la prise en charge

Le coût unitaire moyen de la prise en charge est inférieur au tarif moyen du service de santé. Voir le cas pratique ci-après pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût unitaire moyen dans le cas d'une garantie «Plafond» ou «Forfait»

La collecte de données pour le service «Consultation» auprès de 150 cas de consultations a permis d'établir le tableau de synthèse suivant:

Coût d'une consultation (UM)	300	400	500	600	700	800	900	1000
Nombre de consultations concernées	10	20	50	30	20	10	5	5

La garantie couvre 100% des dépenses engagées limitées à 600 UM. Le montant pris en charge s'élève à 100% des dépenses engagées pour les patients ayant dépensé moins de 600 UM et 600 UM pour les autres.

Coût d'une consultation (UM)	300	400	500	600	700	800	900	1000
Nombre de consultations concernées	10	20	50	30	20	10	5	5
Montant pris en charge	300	400	500	600	600	600	600	600

Donc le coût unitaire moyen de la prise en charge = $[(10 \times 300) + (20 \times 400) + (50 \times 500) + (30 + 20 + 10 + 5 + 5) \times 600 \text{ UM}] / 150 = 520 \text{ UM}$.

Remarque: Le coût unitaire moyen de la garantie 100% des dépenses engagées sans limitation aurait été = $[(10 \times 300) + (20 \times 400) + (50 \times 500) + (30 \times 600) + (20 \times 700) + (10 \times 800) + (5 \times 900) + (5 \times 1000)] / 150 = 570 \text{ UM}$.

3. Troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise monétaire à chaque utilisation

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Interventions chirurgicales	100% des dépenses engagées moins un montant de franchise (de 2000 UM)

Si les frais de chirurgie sont inférieurs à 2000 UM, ils restent entièrement à la charge de l'adhérent et la prise en charge est égale à 0. Si les frais de chirurgie sont supérieurs à 2000 UM, la garantie prend en charge les frais moins le montant de franchise (2000 UM) qui reste à la charge de l'adhérent.

Exemple: Si les frais de chirurgie sont de 1500 UM, la prise en charge est nulle et il reste 1500 UM à la charge de l'adhérent. Si les frais de chirurgie sont de 3000 UM, la prise en charge est 3000 UM – 2000 UM soit 1000 UM et il reste à la charge de l'adhérent 2000 UM (la franchise).

Formule de calcul du coût unitaire moyen de la prise en charge

Le coût unitaire moyen de la prise en charge est là encore inférieur au tarif moyen du service de santé. Voir le cas pratique pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût unitaire moyen dans le cas d'une garantie comprenant une franchise monétaire

La collecte de données pour le service «Chirurgie» auprès de 150 cas d'interventions chirurgicales a permis de dresser le tableau synthétique suivant:

Coût de l'intervention	500	1000	1500	2000	3000	4000	5000	10000
Nombre de cas concernés	10	20	50	30	20	10	5	5

La garantie couvre 100% des dépenses engagées moins une franchise de 2000 UM. Le montant pris en charge est:

- 0 pour les patients ayant dépensé moins de 2000 UM
- 100% des dépenses engagées – 2000 UM, pour les patients ayant dépensé plus de 2000 UM.

Coût de l'intervention	500	1000	1500	2000	3000	4000	5000	10000
Nombre de cas concernés	10	20	50	30	20	10	5	5
Montant pris en charge	0	0	0	0	1000	2000	3000	8000

Donc le coût unitaire moyen de la prise en charge = $\frac{[(10 + 20 + 50 + 30) \times 0] + (20 \times 1000) + (10 \times 2000) + (5 \times 3000) + (5 \times 8000)}{150} = 633,33 \text{ UM}$.

Remarque: Le coût unitaire moyen de la garantie 100% des dépenses engagées sans franchise aurait été = $\frac{[(10 \times 500) + (20 \times 1000) + (50 \times 1500) + (30 \times 2000) + (20 \times 3000) + (10 \times 4000) + (5 \times 5000) + (5 \times 10000)]}{150} = 2233,33 \text{ UM}$

Cas de plafonds annuels et de franchises: calcul du coût annuel moyen (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

Dans le cas de garanties «Plafond annuel» ou «Franchise monétaire annuelle», la limitation ne s'applique ni à la quantité consommée ni au coût unitaire mais au coût annuel. Il est donc nécessaire de connaître la distribution du coût annuel pour calculer la prime pure. Cette distribution peut être connue si on collecte directement ces valeurs auprès d'un échantillon de population. Il s'agit dans ce cas d'effectuer pour chaque individu de l'échantillon le cumul des coûts de consommation du service de santé considéré. Sinon on peut reconstituer le coût annuel à partir des valeurs du coût unitaire et de la quantité consommée (méthode suivie ici).

1. Premier mode d'expression: la garantie comporte un plafond annuel

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Optique	100% des dépenses limitées à 3000 UM par an et par personne

Formule de calcul du coût annuel moyen

On reconstitue la distribution du coût annuel à partir du coût unitaire et de la quantité consommée. Puis on calcule le coût annuel moyen pris en charge dans le cadre de la garantie. Voir le cas pratique pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût annuel moyen dans le cas d'une garantie comprenant un plafond annuel

La collecte de données pour le service «Optique» auprès de 100 personnes ayant acheté des équipements d'optique dans l'année a permis d'établir le tableau de synthèse des quantités consommées ci-après:

Nombre de fois où des équipements d'optique ont été achetés dans l'année	1	2	3
Nombre de patients concernés	80	18	2

Deux patients ont effectué 3 achats d'optique dans l'année, 18 en ont effectué 2 et la grande majorité (80/100) en ont effectué un seul. La quantité moyenne = $[(1 \times 80) + (2 \times 18) + (3 \times 2)] / (80 + 18 + 2) = 1,22$.

Par ailleurs les coûts unitaires (coût de chaque achat) recensés sont les suivants:

Coût d'un équipement	1900	2000	2300	2500	2700	3000	3500	3700	4000	4500
Nombre d'achats concernés	5	30	5	30	5	30	5	5	5	2

On reconstitue le coût annuel en faisant l'hypothèse simplificatrice que chaque consommateur d'optique a acheté 1,22 équipement dans l'année.

Coût annuel des achats en optique	2318	2440	2806	3050	3294	3660	4270	4514	4880	5490
Nombre d'achats concernés	5	30	5	30	5	30	5	5	5	2

La garantie couvre 100% des dépenses engagées limitées à 3000 UM par personne et par an. Le montant annuel pris en charge s'élève à 100% des dépenses engagées pour les patients ayant dépensé moins de 3000 UM dans l'année et 3000 UM pour les autres.

Montant annuel pris en charge	2318	2440	2806	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000
Nombre d'achats concernés	5	30	5	30	5	30	5	5	5	2

Le coût annuel moyen de la prise en charge est donc: $[(2318 \times 5) + (2440 \times 30) + \dots] / (5 + 30 + \dots) = 2826,39$ UM.

2. Deuxième mode d'expression: la garantie comporte une franchise monétaire annuelle

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation et pharmacie	100% des dépenses engagées au-delà d'une franchise annuelle de 3000 UM

Formule de calcul du coût annuel moyen

On reconstitue de même la distribution du coût annuel à partir du coût unitaire et de la quantité consommée. Puis on calcule le coût annuel moyen pris en charge dans le cadre de la garantie. Voir le cas pratique pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût annuel moyen dans le cas d'une garantie comprenant une franchise monétaire annuelle

La collecte de données pour le regroupement d'actes «Consultation et pharmacie» a été réalisée auprès de 150 patients ayant effectué au moins une consultation dans l'année (avec ou non achat de médicaments). Le tableau synthétique est le suivant:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patients concernés	100	20	20	5	3	2

La quantité moyenne d'utilisation du service est donc: $[(1 \times 100) + (2 \times 20) + \dots] / 150 = 1,65$.

Par ailleurs les coûts unitaires (de la consultation avec le cas échéant les médicaments) recensés sont les suivants:

Coût du service	700	1000	3000	5000	7000	10000	15000	20000
Nombre de cas concernés	20	25	30	50	50	45	20	7

On reconstitue le coût annuel en faisant l'hypothèse simplificatrice que chaque patient a utilisé le service 1,65 fois dans l'année.

Calcul du coût annuel moyen dans le cas d'une garantie comprenant une franchise monétaire annuelle (suite)

Coût annuel	1155	1650	4950	8250	11 550	16 500	24 750	33 000
Nombre de cas concernés	20	25	30	50	50	45	20	7

La garantie est 100% des dépenses engagées au-delà d'une franchise annuelle de 3000 UM par personne qui reste à la charge du patient. Le montant annuel pris en charge est de 0 pour ceux qui ont dépensé moins de 3000 UM dans l'année et de 100% des dépenses engagées moins le montant de la franchise pour les patients ayant dépensé plus de 3000 UM dans l'année.

Montant annuel pris en charge	0	0	1950	5250	8550	13 500	21 750	30 000
Nombre de cas concernés	20	25	30	50	50	45	20	7

Le coût annuel moyen de la prise en charge est égal à: $[(0 \times 20) + (0 \times 25) + (1950 \times 30) + \dots] / (20 + 25 + 30 + \dots) = 8101,22 \text{ UM}$.

Calcul de la fréquence d'utilisation d'un service de santé (→ utile si l'on utilise le cas particulier de la formule générale de calcul de la prime pure)

1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 trois indicateurs ont été calculés: la fréquence des maladies, la proportion attendue de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire et la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire. Pour plus de détails, se reporter à:

► **3.4.6** – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 101.

La fréquence d'utilisation du service de santé est ensuite obtenue en multipliant entre eux ces trois indicateurs:

Fréquence (service de santé) =
 Fréquence (maladies)
 × Proportion **attendue** de cas de maladie traités par la formation sanitaire
 × Part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire

2. Autre méthode de collecte et de calcul de la fréquence: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

L'exploitation des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé (voir de même 3.4.6) a permis d'obtenir deux indicateurs: le nombre d'utilisations du service de santé dans l'année parmi les personnes couvertes et la population totale couverte par le système. La fréquence d'utilisation du service de santé est obtenue en divisant le premier par le second:

$$\text{Fréquence (service de santé)} = \frac{\text{Nombre d'utilisations du service dans l'année}}{\text{Population couverte par le système}}$$

4.5.2b) Calcul de la prime pure à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires

Rappel: La deuxième méthode consiste à calculer la prime pure à partir de l'estimation des dépenses prévisionnelles de fonctionnement des formations sanitaires. Cette estimation est effectuée au cours de la phase de collecte, dans le cadre de l'objectif «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires» (objectif 7).

L'estimation des coûts fixes prévisionnels, des coûts variables prévisionnels et du nombre d'utilisateurs attendus pour chaque formation sanitaire permet de calculer la prime pure. Pour avoir une idée de la méthode de calcul, se reporter au cas pratique proposé dans:

► **3.4.7** - Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 7 «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires» page 107.

4.5.3 Correction de la prime pure

Prise en compte de caractéristiques sociodémographiques

Une fois que la prime pure a été calculée pour chaque service de santé, il est possible de l'ajuster en fonction des caractéristiques individuelles ayant un impact sur la consommation médicale de ce service.

Il s'agit notamment des caractéristiques suivantes: l'âge, le sexe, le lieu de résidence (à proximité des formations sanitaires ou non), la catégorie socioprofessionnelle (certaines professions sont plus exposées que d'autres à certaines maladies et donc à la consommation de certains services de santé).

L'existence de la corrélation entre l'une ou plusieurs de ces caractéristiques et le coût du risque doit pouvoir être démontrée à l'appui d'enquêtes statistiques sur les comportements de consommation médicale.

Exemple: Si l'étude de l'aire d'attraction d'un hôpital montre les taux de fréquentation suivants:

- Zone 1 (proche): 7,5%
- Zone 2 (intermédiaire): 5%
- Zone 3 (éloignée): 2,5%

On peut décider de tenir compte de ce facteur d'éloignement dans le calcul des primes correspondant aux services de l'hôpital par l'application de correctifs géographiques.

- Prime pure corrigée (zone 1) = $1,5 \times$ prime pure de référence
- Prime pure corrigée (zone 2) = $1 \times$ prime pure de référence
- Prime pure corrigée (zone 3) = $0,5 \times$ prime pure de référence

Les valeurs de ces coefficients sont données à titre indicatif. On peut également choisir des coefficients qui ne respectent pas le rapport des taux de fréquentation.

Prise en compte de l'impact du tiers payant et des services d'éducation à la santé et de prévention

Le système de micro-assurance santé peut mettre en place:

- des mécanismes facilitant l'accès aux soins comme le tiers payant;
- des services comme l'organisation de séances d'information santé.

Certains services et modalités de prise en charge ont un impact positif (inflationniste) ou négatif (déflationniste) sur la consommation médicale et donc le coût du risque. Ainsi, le tiers payant contribue le plus souvent à accroître les dépenses de médicaments (surconsommation, surprescription). Des séances d'information sur les médicaments génériques peuvent à l'inverse contribuer à diminuer les dépenses liées aux médicaments, les patients étant plus favorables à la prescription de génériques.

La prise en compte de l'impact des services ou modalités de prise en charge sur la prime pure peut être effectuée au moyen de correctifs.

Exemple: Si on observe que la mise en place du tiers payant contribue à accroître les dépenses de médicaments de 20%, on peut calculer deux primes pures pour le poste médicaments:

- Prime pure (avec tiers payant) = $1,2 \times$ prime pure de référence;
- Prime pure (sans tiers payant) = $1 \times$ prime pure de référence.

Un arbitrage entre la commodité du tiers payant et son coût doit ensuite être effectué.

Prise en compte de l'impact de la période d'attente

La mise en place d'une période d'attente a deux effets: elle décourage les comportements opportunistes consistant à adhérer à un système de micro-assurance santé parce que l'on en a immédiatement besoin; elle contribue a priori à diminuer la quantité moyenne de services de santé consommés la première année d'adhésion et donc le coût du risque.

Le deuxième impact peut être évalué et répercuté dans le calcul de la prime pure. L'économie réalisée en première année d'adhésion peut être répercutée soit sur la première année de cotisations, soit sur plusieurs années de cotisations (ce qui permet de garder le même niveau

de cotisation la première année et les années suivantes). Le cas pratique ci-après propose une méthode pour prendre en compte cet impact.

Dans la pratique la mise en place d'une période d'attente vise surtout à décourager les comportements opportunistes et est utilisée comme une marge de sécurité supplémentaire. Par conséquent la correction de la prime n'est généralement pas effectuée.

CAS PRATIQUE

Prise en compte de l'impact de la période d'attente dans le calcul de la prime pure (service consultation)

Hypothèses:

- La quantité moyenne prise en charge est de 1,2 consultation par an.
- On met en place une période d'attente de trois mois la première année.
- La durée prévisionnelle moyenne de l'adhésion est de sept ans.
- On raisonne à paramètres constants sur sept ans et sans actualisation.
- La probabilité de la consultation est égale à 0,45.
- Le coût unitaire moyen de la consultation est égal à 400 UM.

Pendant les trois premiers mois (période d'attente) l'assurance réalise une «économie» de $1,2 \times 3 / 12$ soit 0,3 unités de consultation par individu protégé.

- La première année le coût du risque = $0,45 \times 0,9 \times 400$.
- Les années suivantes le coût du risque = $0,45 \times 1,2 \times 400$.

On souhaite faire payer la même cotisation la première année et les années suivantes. Par conséquent on rapporte l'économie réalisée grâce à la période d'attente en première année sur l'ensemble des primes (première année et années suivantes). La somme des primes pures sur la durée de vie de l'adhésion (sept ans en moyenne) est de:

- avec la période d'attente: $(0,9 + (6 \times 1,2)) \times 0,45 \times 400 = 1458$ UM;
- sans la période d'attente: $7 \times 1,2 \times 0,45 \times 400 = 1512$ UM.

L'économie réalisée grâce à la période d'attente est de:

- 54 UM sur sept ans, c'est-à-dire 7,7 UM par an.

La prime pure annuelle doit donc être de: $1458 / 7 = 208,3$ UM.

Formule générale

La mise en place d'une période d'attente permet une réduction annuelle de:

$$\text{Réduction annuelle} = \frac{d}{12 \times D} \times \text{Prime pure}$$

où d est la durée en mois de la période d'attente la première année (par exemple: trois mois) et D est la durée prévisionnelle moyenne de l'adhésion en nombre d'année (par exemple: sept ans).

Si on souhaite répercuter la réduction sur les cotisations des membres (première année et années suivantes), la prime pure corrigée annuelle est égale à:

$$\text{Prime pure corrigée} = \left[1 - \frac{d}{12 \times D} \right] \times \text{Prime pure}$$

Prise en compte des risques de dérive de l'assurance: risque moral et de surprescription, sélection adverse, occurrence de cas catastrophiques

Le risque moral

Le risque moral est un phénomène par lequel les membres du système de micro-assurance santé ont tendance à consommer plus que d'ordinaire les services couverts, car ils se savent assurés.

Exemple: Si la garantie prévoit la prise en charge de 5 consultations prénatales les bénéficiaires femmes auront tendance à effectivement consommer 5 CPN (même si 3 CPN auraient suffi).

Ils ont tendance à modifier leur consommation médicale pour profiter au maximum des prestations offertes.

Exemple: Si la garantie prévoit la prise en charge de la consultation à hauteur d'un forfait, les personnes couvertes auront tendance à consommer l'intégralité du forfait en allant par exemple chez des prestataires de soins privés, plus chers que ceux habituellement consultés.

Le risque de surprescription

Le risque de surprescription est un phénomène par lequel les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.

La sélection adverse

La sélection adverse est un phénomène par lequel les personnes présentant un risque élevé de maladie adhèrent en grand nombre, et les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier.

Si le système de micro-assurance santé propose plusieurs formules de couverture, la sélection adverse se manifeste aussi lorsque les couvertures les plus complètes sont choisies en priorité par les personnes présentant un risque fort de maladie.

Le coût du risque de ces individus est supérieur au coût moyen observé dans la population cible totale et donc à la prime pure calculée pour un individu de référence. Ce phénomène peut compromettre la viabilité financière du système car il entraîne un niveau de dépenses par personne couverte «plus élevé que prévu».

Les cas catastrophiques

Les cas catastrophiques sont des événements qui touchent une grande partie de la population couverte (épidémies) et/ou dont les coûts unitaires sont élevés comme une hospitalisation très coûteuse. L'occurrence de cas catastrophiques peut mettre en péril la viabilité financière du système de micro-assurance santé.

Impact de ces risques

Il est difficile de chiffrer l'impact de ces risques sur la prime. Le risque moral et les surprescriptions, en particulier, ne concernent pas tous les individus et peuvent énormément varier d'une population à l'autre.

Tout au plus, le système peut-il se prémunir contre ces risques en effectuant un choix judicieux des services couverts et des niveaux de prise en charge:

- choisir avec précaution les services de santé couverts: éviter de prendre en charge les hospitalisations programmées, exclure les médicaments spécialisés, limiter la prise en charge des médicaments aux génériques ou à une liste de médicaments essentiels;
- proposer des niveaux de prise en charge croissants avec le nombre d'années d'affiliation;
- effectuer un choix judicieux et prudent des niveaux de prise en charge: éviter notamment de prendre en charge 100% des dépenses engagées, instaurer des limitations en nombre et en montant dans la couverture de certains soins de santé, instaurer des franchises en nombre et en montant.

4.5.4 Calcul de la charge de sécurité

La charge de sécurité permet principalement de se prémunir contre le risque statistique que, dans la population couverte, la proportion de consommateurs de chaque service de santé soit supérieure à la proportion initialement calculée à partir des données de consommation de la population cible.

Le risque d'écart est d'autant plus important que la taille de la population couverte (N) et que la probabilité de consommer le service de santé concerné (p) sont faibles. Ainsi lorsque le nombre de personnes assurées est faible (ex.: 300 personnes) et que le risque couvert est très aléatoire (ex.: hospitalisation, accouchement par césarienne ou autres interventions chirurgicales) le risque de déviation est maximum.

Ce risque est traduit par le coefficient (N,p) et la charge de sécurité est égale à: Coefficient (N,p) × Prime pure.

La charge de sécurité telle qu'elle est présentée ici vise à couvrir le possible écart aléatoire avec la valeur moyenne ayant servi au calcul. Elle est déterminée uniquement par des lois mathématiques. Certains acteurs incorporent également à la charge de sécurité un pourcentage de la prime pure destiné à couvrir d'autres coûts non prévus (coûts de fonctionnement, hausse des tarifs, impact des risques liés à l'assurance, etc.).

Valeurs indicatives du coefficient (N,p)

P	N = 100	N = 500	N = 1000	N = 2000	N = 5000	N = 10000	N = 20000	N = 50000	N = 80000
0,01	3,07	1,37	0,97	0,69	0,43	0,31	0,22	0,14	0,11
0,02	2,16	0,97	0,68	0,48	0,31	0,22	0,15	0,10	0,08
0,03	1,76	0,79	0,56	0,39	0,25	0,18	0,12	0,08	0,06
0,04	1,51	0,68	0,48	0,34	0,21	0,15	0,11	0,07	0,05
0,05	1,35	0,60	0,43	0,30	0,19	0,13	0,10	0,06	0,05
0,10	0,93	0,41	0,29	0,21	0,13	0,09	0,07	0,04	0,03
0,15	0,74	0,33	0,23	0,16	0,10	0,07	0,05	0,03	0,03
0,20	0,62	0,28	0,20	0,14	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02
0,25	0,54	0,24	0,17	0,12	0,08	0,05	0,04	0,02	0,02
0,30	0,47	0,21	0,15	0,11	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02
0,35	0,42	0,19	0,13	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01

Valeurs indicatives du coefficient (N,p) (suite)

P	N = 100	N = 500	N = 1000	N = 2000	N = 5000	N = 10000	N = 20000	N = 50000	N = 80000
0,40	0,38	0,17	0,12	0,08	0,05	0,04	0,03	0,02	0,01
0,45	0,34	0,15	0,11	0,08	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01
0,50	0,31	0,14	0,10	0,07	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,55	0,28	0,12	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,60	0,25	0,11	0,08	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,65	0,23	0,10	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01
0,70	0,20	0,09	0,06	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
0,75	0,18	0,08	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
0,80	0,15	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
0,85	0,13	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00
0,90	0,10	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
0,95	0,07	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00

Exemple d'utilisation

Hypothèses: Probabilité (service de santé) = 0,2; Taille prévue de la population couverte par le système de micro-assurance santé en première année = 1000 personnes (adhérents + personnes à charge).

Résultats: Coefficient (N=1000, p=0,2) = 20% et Charge de sécurité = 20% Prime pure.

Méthode de calcul du coefficient (N,p)

Le coefficient (N,p) est calculé en utilisant l'une des propriétés de la loi normale centrée réduite: le calcul d'un intervalle de confiance noté $I P_{0,998}$ qui comprend la proportion attendue de consommateurs du service avec 99% de chances.

4.5.5 Exemple de grille de calcul des cotisations

Le choix du couple prestations/cotisations repose sur l'élaboration de plusieurs scénarios. Ce choix peut être effectué dans le cadre de séances d'animation (démarche participative). Dans ce cas, le comité de pilotage prépare des grilles de calcul des cotisations qui serviront de support aux animations et permettront de tarifier les différentes propositions émises. Chaque grille de calcul correspond à une formule de couverture. Ces grilles comprennent une ligne pour chaque service de santé couvert et en colonne:

- les colonnes «Taux de prise en charge» et «Copaiement» qui indiquent la formule de couverture proposée pour le service de santé couvert et le niveau de copaiement éventuel;
- les colonnes «Proba», «Quantité moyenne» et «Coût unitaire moyen» qui donnent les valeurs calculées de chacun de ces indicateurs pour le service de santé considéré;
- la colonne «Prime pure», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: proba × quantité moyenne × coût unitaire moyen;
- la colonne «Charge de sécurité», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: prime pure × coefficient (N,p);

- la colonne «Coût de fonctionnement», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: $A\% \times$ (prime pure + charge de sécurité);
- la colonne «Excédent», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: $B\% \times$ (prime pure + charge de sécurité + coût de fonctionnement);
- la colonne «Total» dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: prime pure + charge de sécurité + coût de fonctionnement + excédent.

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations										
Pharmacie										
Accouchements simples										
CPN										
Radios										
Analyses										
Frais de séjour à l'hôpital										
Cotisation annuelle par personne										

4.5.6 Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique)

Il s'agit de remplir pas à pas la grille de calcul des cotisations. Le résultat obtenu peut être analysé en fonction des trois critères de choix du couple prestations/cotisations: la pertinence, l'accessibilité et la visibilité. Par ailleurs, il est important de vérifier que la formule de couverture permet de protéger le système contre les risques de dérive de l'assurance: les risques moral et de surprescription, le risque de sélection adverse, l'occurrence de cas catastrophiques. Lorsque la formule ne convient pas on peut ajouter ou supprimer des services et modifier les niveaux de prise en charge. On crée ainsi une nouvelle formule qui peut être à son tour analysée à la lumière des trois critères.

Colonnes «Taux de prise en charge» et «Copaïement⁶»

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Copaïement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations	100%	0								
Pharmacie	100%	0								
Accouchements simples	100%	0								
CPN	100% max. 3 par an	0*								
Radios	100% limité à 1200 UM	0*								
Analyses	80%	160								
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900								
Cotisation annuelle par personne										

* Dans la plupart des cas

La colonne «Copaïement» indique pour chaque service de santé quel serait le montant des dépenses qui resterait en moyenne ou en général à la charge des adhérents en fonction du niveau de prise en charge. Il s'agit d'une indication utile pour le choix des scénarios.

Remarque: Si le copaiement est trop élevé, le système de micro-assurance santé ne résout peut-être pas le problème d'accessibilité financière pour le service de santé considéré. S'il est trop faible, le système de micro-assurance santé peut être confronté à des problèmes de surconsommation.

Dans notre exemple, la consultation, la pharmacie et l'accouchement simple sont pris en charge à 100% des dépenses engagées. Le niveau de copaiement = 0 pour ces services.

Les consultations prénatales sont prises en charge à 100% des dépenses dans la limite de 3 CPN par femme enceinte et par an (dans la plupart des cas, les femmes consomment moins de 3 CPN, par conséquent on mentionnera «0» comme niveau de copaiement dans le tableau).

La prise en charge des radios est plafonnée à 1200 UM par radio (dans la plupart des cas les radios coûtent moins de 1200 UM, par conséquent on mentionnera «0» comme niveau de copaiement dans le tableau).

Les analyses sont prises en charge à 80% des dépenses engagées (ticket modérateur de 20%). Le tarif moyen des analyses = 800 UM. Le niveau de copaiement = 20% du tarif moyen. Donc le niveau moyen de copaiement des analyses = 160 UM.

Les frais de séjour à l'hôpital sont pris en charge à 80% à l'exception du premier jour qui n'est pas couvert (franchise du premier jour). Les tarifs des frais de séjour sont en moyenne de 5000 UM par jour. Le copaiement est donc de 5000 UM le premier jour et de 1000 UM les jours suivants, soit un total de 8900 UM pour une durée moyenne d'hospitalisation de 4,9 jours.

⁶ Toutes les données chiffrées (probabilités, quantités et tarifs moyens) sont fictives.

Colonnes «Proba», «Quantité moyenne», «Coût unitaire moyen» et «Prime pure»

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0				
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0				
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0				
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3				
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7				
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0				
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6				
										Cotisation annuelle par personne

* Dans la plupart des cas

Prime pure =
 Proba
 × Quantité moyenne
 × Coût unitaire moyen

Services pris en charge à 100% des dépenses engagées

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service consultation:

- la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année le service = 0,5;
- le nombre moyen de consultations par consommateur = 2,2 consultations par an;
- le tarif moyen d'une consultation = 500 UM.

La consultation est prise en charge à 100% des dépenses engagées. Par conséquent la prime pure (service consultation) = **0,5 × 2,2 × 500 = 550 UM**.

De la même manière on calcule la prime pure pour la pharmacie et le service accouchements simples.

Services pris en charge à 100% des dépenses engagées avec une limitation de la quantité prise en charge

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service consultation prénatale:

- la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année ce service = 0,02;
- le tarif moyen d'une CPN = 500 UM;
- les résultats de la collecte sur le nombre d'utilisation du service CPN sont les suivants:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2

La garantie couvre 100% des dépenses engagées limitées à 3 CPN par personne (femme enceinte) et par an. La quantité prise en charge est donc la quantité réelle pour les patientes utilisant moins de 3 CPN et 3 CPN pour les autres.

Quantité prise en charge	1	2	3	3	3	3
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(100 \times 1) + (20 \times 2) + ((20 + 5 + 3 + 2) \times 3)] / 150 = 1,53$. Par conséquent, la prime pure (CPN) = **$0,02 \times 1,53 \times 500 = 15,3$ UM.**

Services pris en charge à 100% à hauteur d'un plafond

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service radios, les coûts observés sont les suivants:

Coût unitaire	800	1000	1500	2000	2500
Nombre de cas de radios observés	38	12	6	3	1

La garantie est 100% des dépenses engagées limitées à 1200 UM par radio. Les coûts unitaires pris en charge sont donc les suivants:

Coût unitaire	800	1000	1200	1200	1200
Nombre de cas de radios observés	38	12	6	3	1

Le coût unitaire moyen est donc de 907 UM. Par ailleurs la probabilité est de 0,1 et la quantité moyenne prise en charge d'une radio par utilisateur et par an. La prime pure (radios) = **$0,1 \times 1 \times 907 = 90,7$ UM.**

Services pris en charge à 80% des dépenses engagées

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service analyses:

- la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année le service = 0,15;
- le nombre moyen d'analyses par consommateur = 2 par an;
- le tarif moyen des analyses = 800 UM.

Le service analyses est pris en charge à 80% des dépenses engagées. Par conséquent le coût unitaire moyen (service analyses) = 640 UM. Et la prime pure (service analyses) = **$0,15 \times 2 \times 640 = 192$ UM.**

Services pris en charge avec une franchise en quantité

Les résultats de la collecte de données montrent pour le séjour à l'hôpital les durées suivantes:

Durée du séjour (en nombre de jours)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2

Les frais de séjour ne sont pas pris en charge pour le premier jour d'hospitalisation. La quantité prise en charge est donc zéro jour pour les patients hospitalisés une journée et le nombre de jours d'hospitalisation moins un jour pour les autres.

Quantité prise en charge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(0 \times 35) + (1 \times 15) + (2 \times 15) + (3 \times 35) + \dots] / 200 = 3,91$. Le tarif moyen d'une journée est de 5000 UM; la garantie ne prend en charge que 80% des dépenses; donc le coût unitaire moyen pris en charge est de 4000 UM.

Par ailleurs la probabilité du séjour à l'hôpital est égale à 0,04. Donc prime pure (frais de séjour) = $0,04 \times 3,91 \times 4000 = 625,6$ UM.

Colonne «Charge de sécurité»

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0	55,0			
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0	80,0			
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0	50,4			
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3	10,4			
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7	26,3			
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0	44,2			
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6	300,3			
										Cotisation annuelle par personne

* Dans la plupart des cas

Charge de sécurité =
Prime pure
× Coefficient (N,p)

La population couverte en première année est estimée à 1000 personnes. La lecture de la grille des valeurs du coefficient (N,p) donne pour N = 1000:

Proba (p)	Population (N=1000)	Coefficient (N,p)
0,02	0,68	
0,03	0,56	
0,04	0,48	
0,1	0,29	
0,15	0,23	
0,5	0,1	

On calcule pour chaque service de santé la charge de sécurité égale à: coefficient (N,p) × prime pure. Ainsi pour le service «Consultations», proba = 0,5, donc coefficient (N,p) = 0,10 et charge de sécurité = $0,10 \times 550$ UM = 55 UM.

Colonnes «Coût de fonctionnement» et «Excédent»

$$\text{Coût de fonctionnement} = 10\% \times (\text{prime pure} + \text{charge de sécurité})$$

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement 10%	Excédent 5%	Total
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0	55,0	60,5	33,3	
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0	80,0	88,0	48,4	
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0	50,4	14,0	7,7	
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3	10,4	2,6	1,4	
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7	26,3	11,7	6,4	
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0	44,2	23,6	13,0	
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6	300,3	92,6	50,9	
										Cotisation annuelle par personne

* Dans la plupart des cas

$$\text{Excédent} = 5\% \times (\text{prime pure} + \text{charge de sécurité} + \text{coût de fonctionnement})$$

On fixe dans un premier temps les coûts de fonctionnement à $10\% \times (\text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité})$. Ce pourcentage pourra être revu (vraisemblablement à la hausse) au moment de l'établissement du budget prévisionnel. On fixe le niveau d'excédent à $5\% \times (\text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité} + \text{Coût de fonctionnement})$.

Colonne «Total»

Cotisation totale =
Prime pure + Charge de sécurité +
Coût de fonctionnement + Excédent

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				Total (UM)
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement 10%	Excédent 5%	
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0	55,0	60,5	33,3	698,8
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0	80,0	88,0	48,4	1016,4
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0	50,4	14,0	7,7	162,2
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3	10,4	2,6	1,4	29,7
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7	26,3	11,7	6,4	135,1
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0	44,2	23,6	13,0	272,8
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6	300,3	92,6	50,9	1069,4
Cotisation annuelle par personne										3384,3

* Dans la plupart des cas

Cotisation annuelle =
Somme des cotisations par service

On calcule pour chaque service de santé: Cotisation totale (service) = Prime pure + Charge de sécurité + Coût de fonctionnement + Excédent. La cotisation annuelle (non corrigée) par individu est ensuite obtenue en effectuant la somme des cotisations pour chaque service de santé.

Correction de la prime pure de certains services de santé

On souhaite mettre en place un système de tiers payant pour la pharmacie. On sait, d'après d'autres expériences similaires, que cette facilité de paiement contribue à accroître les dépenses de médicaments de 20%. Le nouveau tableau est identique à l'exception de la ligne pharmacie.

Prime pure corrigée =
 $1,2 \times 800 \text{ UM} = 960 \text{ UM}$

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				Total (UM)
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement 10%	Excédent 5%	
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	960	96	105,6	58,1	1219,7
Cotisation annuelle par personne										3587,6

On recalcule ensuite la cotisation pour la pharmacie et la cotisation annuelle par personne, qui passe de 3384,3 UM à 3587,6 UM. Le choix du tiers payant pour la pharmacie est le fruit d'un arbitrage entre le service rendu (ne pas avoir à avancer les dépenses) et son impact financier sur la cotisation.

Facturation du tiers payant et du service de prévention/information santé

Le coût du tiers payant pharmaceutique (frais liés au conventionnement des prestataires de soins et au suivi de la facturation) et celui des séances d'information santé (frais d'organisation) s'ajoutent à la cotisation de base (+ 50 UM par individu et par an pour chacun d'eux soit + 100 UM au total). La cotisation annuelle par personne devient donc égale à 3687,6 UM.

Le coût moyen du transport en urgence est estimé à 100 UM par individu et par an. Il s'ajoute à la cotisation individuelle pour les personnes ayant souscrit à ce service (proposé en option).

Périodicité de paiement des cotisations

S'il est prévu de pratiquer le paiement mensuel des cotisations, la cotisation annuelle doit être divisée par 12.

	Cotisation annuelle par personne	Cotisation mensuelle par personne
Sans le service de transport en urgence	3687,6 UM	307,3 UM
+ Transport en urgence	+ 100 UM	+ 8,3 UM

Mode de calcul des cotisations individuelles et familiales

Dans le cas d'une cotisation «individuelle», chaque personne couverte «paie» le montant de la cotisation annuelle par personne. Ainsi une famille de 5 personnes devra payer 5 fois ce montant.

	Cotisation annuelle par personne	Cotisation annuelle d'une famille de 5 personnes
Sans le service de transport en urgence	3687,6 UM	18 438 UM

Dans le cas d'une cotisation «familiale», chaque famille couverte paie un montant fixe de cotisation quel que soit le nombre de personnes couvertes (adultes, enfants).

Pour calculer le montant de la cotisation familiale il suffit de définir très précisément ce que l'on entend par «famille», puis de connaître le nombre moyen de personnes par famille (ex.: 6,7 personnes). Ce mode d'expression avantage les familles nombreuses aux dépens des familles peu nombreuses. Dans notre exemple, le montant de la cotisation «familiale» = 6,7 × cotisation annuelle par personne.

	Cotisation annuelle par personne	Cotisation annuelle d'une famille quelle que soit sa taille
Sans le service de transport en urgence	3687,6 UM	24 707 UM

On peut également envisager des cotisations proportionnelles au niveau de revenus, les familles les plus riches subventionnant les cotisations des plus pauvres.

Exemple: Sur la population cible la répartition des revenus est la suivante:

- moins de 500000 UM par an: 57,9% des familles;
- de 500000 à 1 000000 UM par an: 24,3% des familles;
- plus de 1 000000 UM par an: 17,8%.

En fixant le montant de la cotisation familiale annuelle à 20000 UM pour la première tranche, 24707 UM pour la deuxième tranche et 40020 UM pour la troisième tranche on garde un montant de cotisation moyen de 24707 UM et on permet aux familles les plus pauvres de bénéficier de l'assurance.

Ce système de subvention croisée peut être cependant difficile à mettre en place. D'autres formes de subventions peuvent également être recherchées, notamment auprès de l'Etat.

4.5.7 Calcul de la disposition à payer

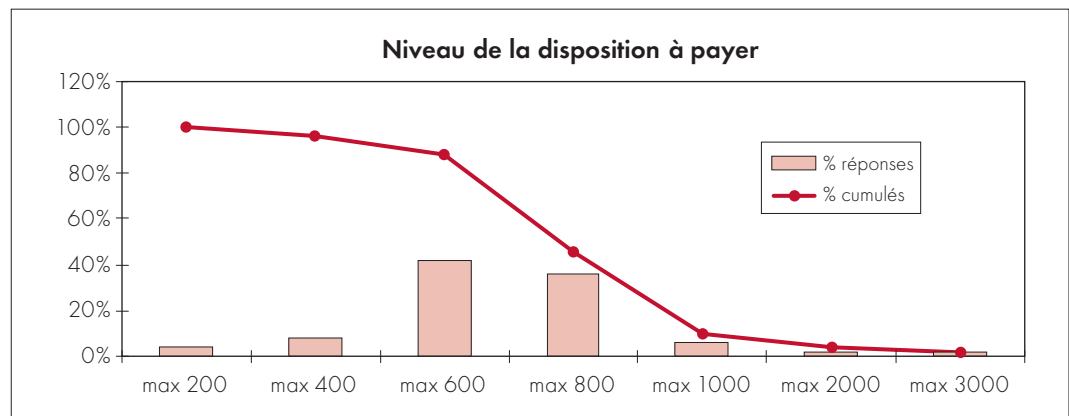
Exemple de support de restitution des données sur le niveau de la disposition à payer

Pour la méthode de transformation des informations sur le niveau de la disposition à payer en données directement utilisables, se référer à:

► **3.4.8** – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 8 «Évaluer la disposition à payer de la population cible», page 109.

Les données sur le niveau de la disposition à payer peuvent être représentées sur un graphique qui représente le pourcentage de réponses positives et le score cumulé par tranche de contribution.

Dans l'exemple ci-dessous le niveau de contribution de 600 UM a obtenu 42% des réponses et 88% des ménages accepteraient un niveau de 600 UM ou plus (score cumulé). Le niveau de contribution de 800 UM a obtenu 36% des réponses et 46% des ménages accepteraient un niveau de 800 UM ou plus.



4.6 Préparation des négociations ou accords avec les différentes organisations partenaires (prestataires de soins et autres)

Exemple de grille «Prestataires de soins»

La grille «Prestataires de soins» est un outil d'aide à la décision qui permet de préciser les différents termes de l'accord avec les prestataires de soins. Elle comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de l'objectif 9: «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques». Cet accord peut porter sur les prix, sur des normes de qualité, sur la mise en place de protocoles thérapeutiques, sur le mode de paiement des services de santé (à l'acte ou forfaitaire). Il peut s'agir d'un accord de tiers payant. Dans ce cas, il faut aussi se mettre d'accord sur les services concernés par le tiers payant, les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au paiement.

Nom de la formation sanitaire: _____						
Adresse: _____						
Nom de la personne rencontrée dans le cadre de la préparation des accords: _____						
Tarifs des services de santé (que le système envisage de couvrir)						
Nom du service	Tarif officiel	Tarif négocié par autres syst. MAS	Surtarififications (estimation)	Première proposition de tarif Date:	Seconde proposition de tarif Date:	Tarif négocié Date:
Consultation						
Médicaments						
...						
Normes de qualité						
Critère de qualité	Niveau de qualité objective	Niveau de qualité perçue	Problèmes de dysfonctionnement	Pistes d'amélioration	Objectif de qualité à horizon Date:	Mesures d'accompagnement envisagées
Durée d'attente pour avoir un rendez-vous						
Présence effective du personnel de santé						
Niveau de disponibilité en médicaments						
... (liste non exhaustive)						

Protocoles thérapeutiques				
Pathologie ou soins	Protocole actuel	Problèmes identifiés	Améliorations envisagées	Mesures d'accompagnement envisagées
Mode de paiement				
Nom du service couvert	Mode de tarification actuel		Mode de paiement envisagé	
...				
Mécanisme de tiers payant				
Services concernés:				
Contrôles à effectuer avant les soins:				
Procédure à suivre après les soins:				
Fréquence souhaitée pour le paiement global (facturation récapitulative): <input type="checkbox"/> paiement tous les 15 jours <input type="checkbox"/> chaque mois <input type="checkbox"/> chaque trimestre				

4.7 Choix de l'organisation du système

Exemple de tableau de définition des organes et acteurs

Fonction de décision		
Qui assure les fonctions de décisions? (nom du ou des organes)	1.	
	2.	
	Organe 1: Nom _____	Organe 2: Nom _____ (le cas échéant)
Qui peut faire partie de l'organe?		
Comment sont désignés/ élus les membres?		
Quelles sont les attributions/ fonctions de l'organe?		
Acteurs envisagés (internes/externes; bénévoles, salariés ou indemnisés)		

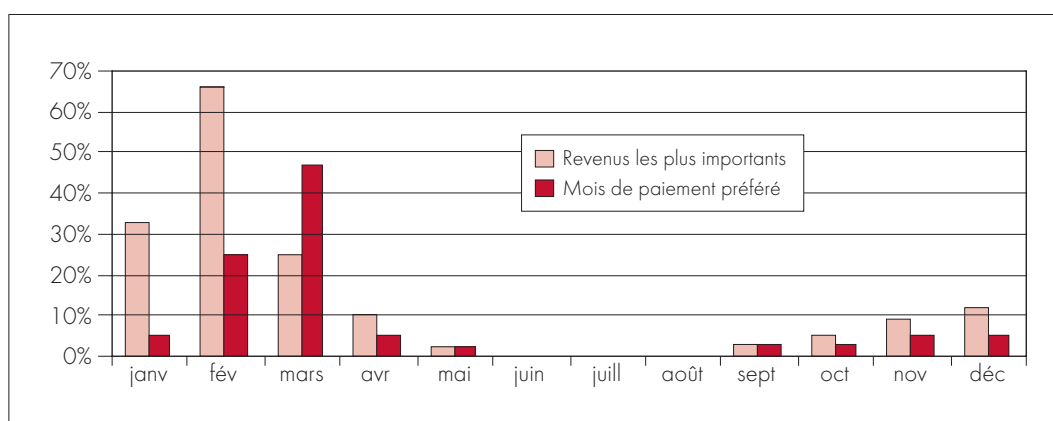
Fonction d'exécution	
Qui assure les fonctions exécutives? (nom de l'organe)	
L'organe comporte-t-il plusieurs subdivisions? Lesquelles?	
Qui peut faire partie de l'organe?	
Comment sont désignés/ élus les membres?	
Quelles sont les attributions/fonctions de l'organe? De chaque subdivision?	
Acteurs envisagés (internes/externes; bénévoles, salariés ou indemnisés)	

Fonction de contrôle	
Qui assure les fonctions de contrôle? (nom de l'organe)	
Qui peut faire partie de l'organe?	
Comment sont désignés/ élus les membres?	
Quelles sont les attributions/fonctions de l'organe?	
Acteurs envisagés (internes/externes; bénévoles, salariés ou indemnisés)	

4.8 Choix des modalités de fonctionnement du système

Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer

On peut représenter sur le même graphique les variations saisonnières des revenus et de la disposition à payer. Dans l'exemple ci-dessous, les revenus sont saisonniers, avec un pic de revenus en février. La disposition à payer est la plus élevée dans la période qui suit (fin février-début mars).



Construction d'un tableau de rôles

Le comité de pilotage recense les différentes opérations nécessaires au fonctionnement et à la gestion du système de micro-assurance santé, en s'interrogeant à chaque fois sur qui fait quoi et comment. Le tableau de rôles est construit de la manière suivante:

1. On liste tous les acteurs impliqués, des adhérents aux prestataires, en passant par les organes du système de micro-assurance santé (si ces derniers ne sont pas encore clairement identifiés, le tableau de rôles permettra de les définir) et on reporte tous ces acteurs dans la première ligne du tableau.
2. On liste toutes les opérations de gestion dans un ordre chronologique (adhésion, paiement des cotisations, etc.) et on reporte ces opérations dans la colonne de gauche du tableau.
3. On décompose chaque opération en une ou plusieurs actions.

Exemple: L'opération «Adhésion» comprend les actions suivantes: demande d'adhésion, acceptation ou rejet de la demande, paiement des droits d'adhésion et de la première cotisation, inscription dans le registre d'adhésions.

4. On détermine le responsable de chaque action en répondant à la question «Qui fait quoi?».

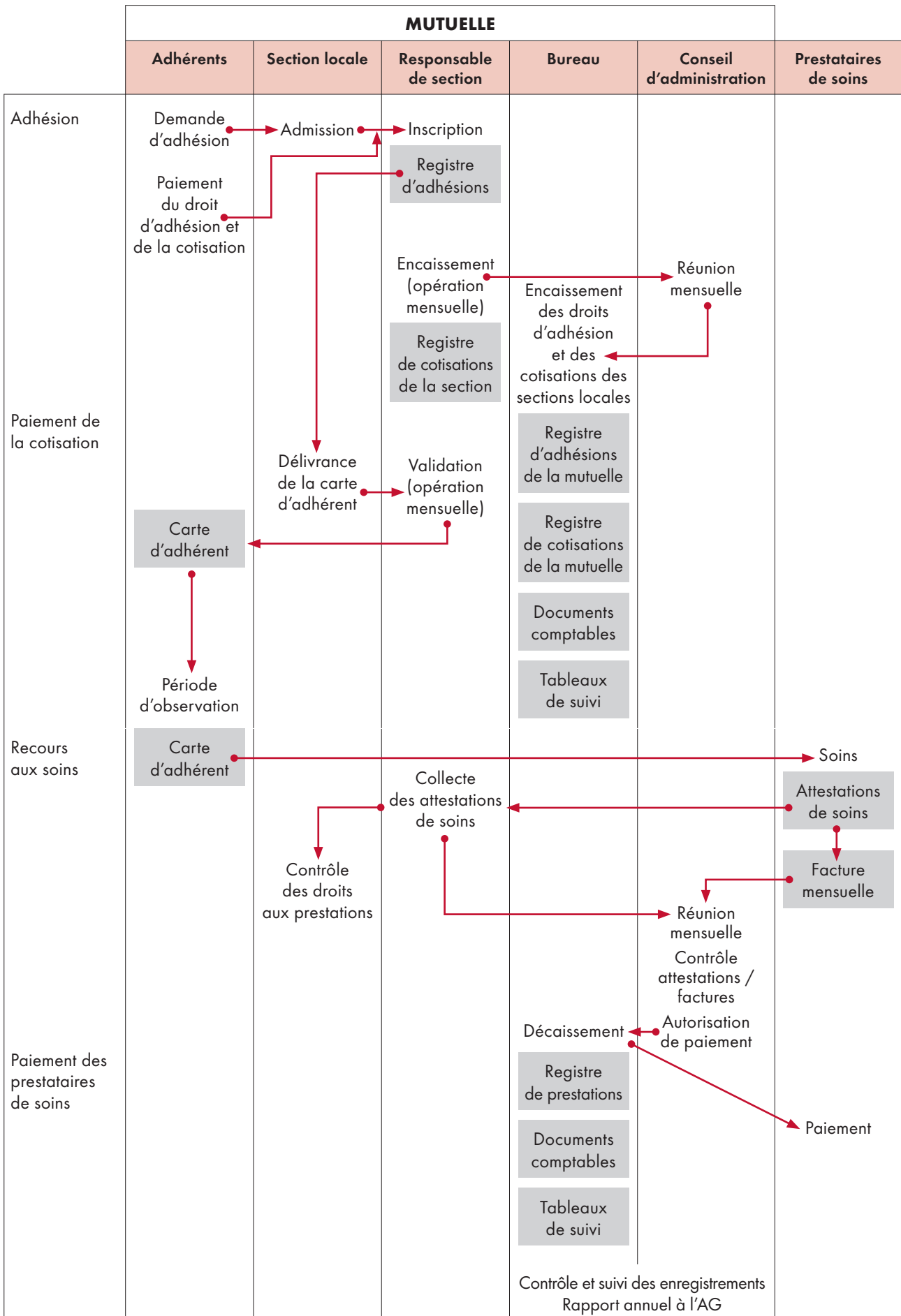
Exemple: La question «Qui effectue la demande d'adhésion?» a pour réponse: «L'adhérent». La question «Qui accepte la demande?» a pour réponse: «La section locale».

5. On place chaque action dans la colonne correspondant à l'acteur identifié.

Exemple: L'action «Demande d'adhésion» est placée dans la colonne correspondant à l'adhérent.

6. Lorsqu'une action est attribuée à un acteur, on identifie le ou les supports de gestion (documents, registres, outils informatiques, etc.) qui seront utilisés.

Exemple: Registre d'adhésions de la section/de la mutuelle, tableaux de suivi.



4.9 Elaboration du budget prévisionnel

L'élaboration du budget prévisionnel est une opération délicate qui nécessite une prévision correcte des dépenses et des recettes. Cette prévision se base sur un certain nombre d'hypothèses (sur le nombre d'adhérents et de personnes couvertes, sur la consommation médicale, etc.). Par mesure de prudence, on conseille d'inclure un poste «Imprévus» permettant de faire face à des dépenses plus élevées que prévu ou à des recettes inférieures aux prévisions.

Le recensement et l'évaluation des recettes

Les recettes proviennent:

- des cotisations qui peuvent être forfaitaires ou liées aux revenus de l'adhérent, qui peuvent être familiales ou individuelles, dépendantes ou non des caractéristiques des personnes couvertes;
- des droits d'adhésion;
- des dons et legs: libéralités ou subventions de l'Etat ou d'intervenants extérieurs comme des programmes de coopération, des ONGs, etc., cédés à titre gracieux au système de micro-assurance santé. Les dons et legs peuvent être en nature ou en espèces;
- des recettes provenant d'activités payantes. Ainsi, le service de transport en urgence ou les séances d'information santé peuvent également intéresser les non-adhérents et à ce titre constituent une source distincte de recettes lorsqu'ils sont rémunérés;
- d'autres recettes: intérêts sur des placements financiers, prestations de services facturées à des utilisateurs externes comme la location de salles ou de matériel, activités génératrices de revenus comme des tombolas, des soirées culturelles, etc.

Les cotisations

On traite ici le cas rencontré le plus fréquemment des cotisations «individuelles», c'est-à-dire, celui dans lequel une famille de 5 personnes paie 5 fois la cotisation individuelle⁷. La cotisation n'est pas dans cet exemple liée aux caractéristiques individuelles de la personne couverte (âge, sexe, état de santé, lieu d'habitation, profession). Elle n'est pas non plus liée aux revenus. Elle est versée annuellement.

Le montant global des recettes liées aux cotisations est égal à:

$$\text{Recettes cotisations} = \text{Nombre moyen de personnes couvertes} \times \text{Cotisation individuelle annuelle}$$

La cotisation individuelle annuelle a déjà été calculée. Elle comprend la cotisation au titre des prestations médicales et les montants additionnels liés à l'offre de services.

Le nombre de personnes qui seront couvertes à la fin du premier exercice peut être estimé à partir d'un sondage dans la population cible ou des résultats d'expériences similaires dans d'autres régions.

Exemple: On l'estime à 1000 personnes couvertes.

⁷ Pour le cas des cotisations «familiales» il suffit d'effectuer des prévisions sur le nombre d'adhérents et de multiplier la cotisation familiale par le nombre moyen d'adhérents.

Lorsque le système de micro-assurance santé a une **période d'adhésion fermée**, toutes les personnes couvertes à la fin du premier exercice sont «recrutées» pendant cette période initiale et aucune adhésion nouvelle ne peut être effectuée à l'issue de la période d'adhésion.

Dans notre **exemple**, le nombre moyen de personnes couvertes = le nombre de personnes couvertes à la fin du premier exercice = 1000. Par conséquent:

$$\text{Recettes cotisations} = 1000 \times \text{Cotisation individuelle annuelle}$$

Lorsque le système de micro-assurance santé a une **période d'adhésion ouverte**, le «recrutement» des personnes couvertes est étalé au cours du premier exercice avec par exemple un pic au moment du démarrage ou à l'issue de campagnes de promotion spécifiques.

Dans ce cas, on affecte aux «recettes» le montant des cotisations individuelles réduit au prorata du nombre de mois restant à courir. Ainsi pour les personnes «recrutées» le premier mois, on compte une année complète de cotisations (douze mois), pour les personnes «recrutées» le deuxième mois on compte seulement 11/12 mois de cotisations, etc.

Le nombre moyen de personnes couvertes utilisé dans la formule de calcul des recettes liées aux cotisations est donc égal à la somme des personnes «recrutées» chaque mois pondérée par les durées respectives de couverture de ces personnes (portion d'année).

Dans notre **exemple**, le nombre de personnes couvertes à la fin du premier exercice = 1000. On suppose que la répartition des «recrutements» est la suivante:

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Nombre	500	200	50	10	10	5	200	5	5	5	5	5	1000

Le nombre moyen de personnes couvertes = $(12/12 \times 500) + (11/12 \times 200) + (10/12 \times 50) + (\dots) + (1/12 \times 5) = 848,33$. Donc:

$$\text{Recettes cotisations} = 848,33 \times \text{Cotisation individuelle annuelle}$$

L'estimation du nombre de personnes «recrutées» chaque mois est très aléatoire. Ces chiffres peuvent cependant servir d'objectifs de résultats lors des différentes campagnes de promotion effectuées au cours de l'exercice.

Les cotisations supplémentaires/optionnelles

Il s'agit de la cotisation supplémentaire demandée lors de la souscription à un service optionnel, comme le transport en urgence. Le montant des recettes liées aux cotisations supplémentaires est égal à:

$$\begin{aligned} &\text{Recettes cotisations optionnelles} = \\ &\text{Nombre moyen de personnes souscrivant le service} \\ &\times \text{Cotisation individuelle annuelle pour le service} \end{aligned}$$

Le nombre moyen de personnes souscrivant le service est calculé de la même manière que le nombre moyen de personnes couvertes (voir plus haut) avec deux méthodes de calcul selon que la période de souscription est fermée ou ouverte.

Les droits d'adhésion

Les droits d'adhésion sont versés à l'inscription d'un nouveau membre et ne sont pas remboursables. Le montant global des recettes liées aux droits d'adhésion est égal à :

$$\begin{aligned} \text{Recettes droits d'adhésion} &= \\ &\text{Nombre d'adhérents} \\ &\times \text{Droits d'adhésion individuels} \end{aligned}$$

Les droits d'adhésion sont généralement fixés par adhérent (soit un par famille). Leur montant ne doit pas être un frein à l'adhésion. Que la période d'adhésion soit fermée ou ouverte, le nombre d'adhérents pris en compte est égal au nombre d'adhérents en fin d'exercice (puisque les droits d'adhésion sont payés une fois pour toutes et que leur montant est identique quel que soit le moment de l'adhésion).

Les recettes provenant d'activités payantes

Les services auxiliaires – transport en urgence, séances d'éducation à la santé et de prévention – peuvent intéresser aussi bien les adhérents que les non-adhérents. Payants pour ces derniers, ils permettent de générer une source supplémentaire de recettes.

$$\begin{aligned} \text{Recettes des activités payantes} &= \\ &\text{Nombre de participants non-adhérents} \\ &\times \text{Tarif unitaire des activités} \end{aligned}$$

Les dons et legs

Le système de micro-assurance santé peut recevoir des libéralités ou subventions de l'Etat (ex.: subventions des cotisations), de programmes de coopération, d'ONGs ou de toute autre source à titre gracieux.

Le recensement et l'évaluation des dépenses

Les dépenses comprennent :

- les dépenses relatives aux services couverts;
- les frais liés à l'organisation de séances d'éducation à la santé/de prévention;
- les dépenses de fonctionnement (salaires du personnel, frais de déplacement, loyers, fournitures de bureau, etc.);
- les frais de formation et d'animation (rémunération des formateurs ou animateurs externes, frais de déplacement liés aux formations, matériel didactique, location de salles, hébergement des participants, etc.);
- les autres dépenses (versement de frais d'affiliation à une fédération, ou paiement d'une prime de réassurance).

Les dépenses relatives aux services couverts

Elles sont égales pour chaque service de santé couvert et chaque individu à: Prime pure + Charge de sécurité.

Donc le montant prévisionnel total des prestations médicales est égal à:

$$\text{Prestations médicales} = \text{Nombre moyen de personnes couvertes} \times [\text{somme}_{\text{pour les services couverts}} (\text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité})]$$

Le calcul du nombre moyen de personnes couvertes est expliqué plus haut avec deux méthodes selon que la période d'adhésion est fermée ou ouverte. Il faut également tenir compte ici, pour déterminer ce nombre, de la période d'attente pendant laquelle les bénéficiaires n'ont pas droit aux prestations. Il est également possible que certains adhérents ne soient pas à jour dans le paiement des cotisations ce qui supprime leur droit aux prestations. Le nombre de personnes couvertes doit donc être celui des personnes ayant effectivement droit aux prestations sur la période.

Les frais liés à l'organisation de séances d'éducation à la santé/de prévention

L'organisation de ces séances est peu coûteuse si le système tisse un accord de partenariat avec un programme de prévention financé par l'État ou un bailleur de fonds extérieur.

Les frais de fonctionnement

Ce sont les dépenses ayant trait à l'administration et à la gestion du système de micro-assurance santé comme les salaires du personnel, les frais de déplacement, le loyer des bureaux, les fournitures de bureau, etc. Toutes ces dépenses doivent être évaluées pour le premier exercice.

Dans le cas où le système de micro-assurance santé crée une formation médicale, les dépenses de fonctionnement de celle-ci comme ses recettes devront faire l'objet d'une comptabilité séparée, afin de pouvoir distinguer la gestion des deux structures.

Les frais de formation et d'animation

Ce sont les dépenses ayant trait aux activités d'information / éducation / communication, qui sont conduites dès l'étude de faisabilité puis pendant toute la durée de vie du système de micro-assurance santé. Ces dépenses peuvent être également incluses dans les frais de fonctionnement du système.

L'établissement du budget prévisionnel

Les recettes

La cotisation de base vaut 3587,6 UM par individu et par an (voir 4.5.6 - Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique), page 151 pour le détail du calcul). On estime la population couverte en première année à 1000 personnes. La période d'adhésion est fermée; par conséquent toutes les personnes couvertes paient une année complète de cotisation. Les recettes liées aux cotisations sont donc égales à **3 587 600 UM**.

Le coût du tiers payant pharmaceutique et des séances d'information santé s'ajoutent à la cotisation de base (+ 50 UM par individu et par an pour chacun d'eux, ce qui représente en tout **100 000 UM** au niveau de la population couverte).

Le coût moyen de la prise en charge du transport en urgence est estimé à 100 UM par individu et par an. D'après un sondage seulement 250 personnes couvertes seront intéressées par le service. La cotisation optionnelle globale au titre de ce service représente **25 000 UM**.

Le nombre d'adhérents est estimé à 160 en première année et les droits d'adhésion sont fixés à 500 UM par adhérent. Le montant global des droits d'adhésion est donc de **80 000 UM**.

Les séances d'information santé seront payantes pour les non-membres et facturées 100 UM/séance. Elles concerneront a priori 120 personnes, soit un montant global de **12 000 UM**.

En outre le système peut compter sur le don d'une ONG de **20 000 UM**.

Les dépenses

Le montant «prime pure + charge de sécurité» est égal à 3106,2 UM par individu et par an. Le montant global des prestations de santé est donc égal à $3106,2 \times 1000 = 3\ 106\ 200$ UM (par souci de simplification, on suppose qu'il n'y a pas de période d'attente).

Les frais liés au financement du service de transport en urgence sont estimés à **25 000 UM**.

Les dépenses liées à l'organisation des séances d'information santé sont entièrement prises en charge par un programme de prévention financé par un bailleur de fonds. Elles ne coûtent donc rien au système de micro-assurance santé.

Les frais de fonctionnement (salaires, frais de déplacements, loyer, frais de fournitures) sont estimés à **530 000 UM**.

Le tableau

Une fois que les dépenses et les recettes sont calculées elles sont reportées dans un tableau comprenant les dépenses à gauche, les recettes à droite.

Dépenses				Recettes			
	Montant annuel par individu	Nombre de personnes	Total		Montant annuel par individu	Nombre de personnes	Total
Prestations				Cotisations			
Prime pure + charge de sécurité	3 106,2	1000	3 106 200	Cotisation de base	3 587,6	1 000	3 587 600
Transport	100	250	25 000	Tiers payant pharma	50	1 000	50 000
Frais de fonctionnement				Info santé prévention	50	1 000	50 000
Salaires			280 000	Transport	100	250	25 000
Frais de déplacement			100 000	Droits d'adhésion	500	160	80 000
Loyer			100 000	Activités payantes			
Fournitures			50 000	Séances info santé	100	120	12 000
Total			3 661 200	Dons			20 000
				Total			3 824 600
Imprévus			163 400				

On constate que les frais de fonctionnement sont plus élevés que prévu: ils représentent 17% de la somme «Prime pure + Charge de sécurité» contre les 10% pris en compte dans le calcul de la cotisation. On peut à ce stade réintégrer dans le calcul de la cotisation la valeur corrigée du pourcentage des frais de fonctionnement (17% au lieu de 10%) ce qui contribuera à accroître légèrement les cotisations mais également le poste imprévu.

5. Outils pour préparer la mise en place du système

Les outils pour préparer la mise en place du système comportent:

Des exemples de plans thématique et chronologique du rapport de l'étude de faisabilité



Outil 5.1

Ils fournissent un canevas pour rédiger le rapport selon deux logiques différentes

Une trame de contrat et un exemple de contrat individuel



Outil 5.2

Ils permettent de disposer de la structure d'un contrat et illustrent le contenu des contrats

Un exemple de plan d'actions



Outil 5.3

Les différents éléments constituant un plan d'actions sont présentés

Une trame et un exemple de convention avec les prestataires de soins



Outil 5.4

Ils permettent de disposer de la structure d'une convention et illustrent son contenu

5.1 Exemples de plans pour le rapport de l'étude de faisabilité

Le plan du rapport de l'étude de faisabilité peut soit suivre un ordre thématique, soit suivre la chronologie de l'étude de faisabilité.

Exemple de plan suivant un ordre thématique

1. Introduction

- Présentation de l'organisation promotrice du système.
- Description de l'origine du projet de micro-assurance santé.

2. Le déroulement de l'étude

- L'équipe chargée de l'étude.
- Le budget, les écarts éventuels avec le budget prévisionnel.
- Le déroulement: la description des différentes phases et étapes, les dates auxquelles les principaux jalons ont été atteints, le diagramme de Gantt effectué (qui peut être différent de celui prévu initialement).

3. La méthodologie de l'étude

- La démarche de la collecte: tableaux stratégique et de mise en œuvre.
- Les supports de collecte (Cf. Annexe 1 pour le détail des supports de collecte).
- La démarche d'élaboration du système: méthode participative ou non.

4. Les conditions préalables de faisabilité

- Description sommaire de la situation initiale et respect des conditions préalables.

5. Le contexte

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Connaître le contexte» (objectif 1): description du contexte économique, démographique, social, sanitaire, politique, etc.

6. La population cible

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix de la population cible» (objectif 2).
- Les critères de choix utilisés.
- La population cible choisie: villages, quartiers, coopératives, etc.

7. Les services de santé à couvrir

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix des services de santé à couvrir» (objectif 4).
- Les critères de choix utilisés.
- Les services de santé retenus.

8. Les prestataires de soins partenaires et les relations avec l'offre de soins

- Les résultats de la collecte dans le cadre des objectifs «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires» (objectif 3) et «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant» (objectif 5).
- Les critères de choix utilisés.
- Les prestataires de soins retenus. Les services et prestataires pour lesquels un système de tiers payant est envisagé.

9. Les formules de couverture et les montants de cotisation correspondants

- Les résultats de la collecte dans le cadre des objectifs «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible» (objectif 6) ou «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires» (objectif 7); et «Evaluer la disposition à payer de la population cible» (objectif 8).
- Les résultats des calculs pour les différents scénarios envisagés.
- Les critères de choix utilisés pour sélectionner le meilleur couple prestations/cotisations.
- Le(s) couple(s) prestations/cotisations retenu(s), c'est-à-dire la ou les formules de couverture que les adhérents pourront choisir.

10. Les accords de partenariat avec l'offre de soins et d'autres organismes partenaires et les aides publiques sollicitées

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques» (objectif 9).
- Le contenu des différents accords.
- Cf. Annexe 2 pour les textes des différents accords.

11. L'organisation du système

- Les modes d'organisation envisagés et les critères de choix utilisés.
- Le mode d'organisation choisi.
- Cf. Annexe 2 pour les documents constitutifs: statuts, organigramme.

12. Les règles de fonctionnement

- Les règles de fonctionnement envisagées.
- Les règles de fonctionnement choisies.
- Cf. Annexe 2 pour le manuel des procédures de gestion, le règlement intérieur ou le(s) contrat(s).

13. Le budget et le plan d'actions

- Le budget prévisionnel.
- Le plan d'actions.

Annexe 1

Les supports de collecte réalisés au cours de la phase de collecte de données

- Les grilles de saisie, les formulaires d'entretien, les questionnaires d'enquête.

Annexe 2

Les documents et outils produits au cours la phase de préparation du système

- Les statuts, le règlement intérieur ou le(s) contrat(s), le manuel des procédures de gestion, les conventions avec l'offre de soins, etc.

Exemple de plan suivant un ordre chronologique

1. Introduction

- Présentation de l'organisation promotrice du système.
- Description de l'origine du projet de micro-assurance santé.

2. Le déroulement de l'étude

- L'équipe chargée de l'étude.
- Le budget, les écarts éventuels avec le budget prévisionnel.
- Le déroulement: la description des différentes phases et étapes, les dates auxquelles les principaux jalons ont été atteints, le diagramme de Gantt effectué (qui peut être différent de celui prévu initialement).

3. Les conditions préalables de faisabilité

- Description sommaire de la situation initiale et respect des conditions préalables.

4. La collecte des données

La démarche de la collecte

- Le tableau stratégique qui définit les objectifs, avec pour chacun d'eux les informations recherchées et les sources utilisées.
- Le tableau de mise en œuvre qui définit pour chaque source les informations à collecter et leur utilité.

Les supports de collecte

- Grilles de saisie, formulaires d'entretien, questionnaires d'enquête.
- Cf. Annexe 1 pour le détail des supports de collecte.

L'organisation de la collecte

- L'équipe chargée de la collecte.
- L'échantillonnage de la population enquêtée.
- Les tests des formulaires et questionnaires.
- Le nombre d'entretiens, d'enquêtes ménages.
- La saisie des données collectées dans un outil informatique.

La préparation des choix par objectif

- Les données sur le contexte.
- Les données permettant de préparer le choix de la population cible.
- Les données permettant de préparer le choix des prestataires de soins partenaires.
- Les données permettant de préparer le choix des services de santé à couvrir.

Etc.

5. La définition du système

La démarche utilisée: participative ou non

Les méthodes et outils utilisés

- Les outils de restitution et de décision, les outils de calcul, etc.

Les alternatives et les choix effectués

- La population cible.
- Les prestataires de soins partenaires et les relations avec l'offre de soins.
- Les formules de couverture et les montants de cotisation correspondants.
- Les accords de partenariat avec l'offre de soins et d'autres organismes partenaires.
- Les aides publiques.
- L'organisation du système.
- Les règles de fonctionnement.
- Le budget et le plan d'actions.

6. La préparation de la mise en place

- Liste des documents et outils produits.
- Cf. Annexe 2 du rapport pour le détail des documents et outils.

Annexe 1

Les supports de collecte produits au cours de la phase de collecte de données

- Les grilles de saisie, les formulaires d'entretien, les questionnaires d'enquête.

Annexe 2

Les documents et outils produits au cours de la phase de préparation du système

- Les statuts, le règlement intérieur ou le(s) contrat(s), le manuel des procédures de gestion, les conventions avec l'offre de soins, etc.

5.2 Exemple de plan d'actions

Exemple de plan d'actions pour le premier exercice (15/09/2005 – 14/09/2006)

1. Objectifs

A la fin du premier exercice (le 14 septembre 2006) le système sera implanté dans trois districts urbains et trois districts ruraux.

Deux campagnes d'information/communication sont prévues: l'une, en septembre 2005, s'adressera principalement aux habitants des districts urbains; l'autre, en février 2006, s'adressera principalement aux habitants des districts ruraux.

Les trois districts urbains totalisent 6000 familles soit 35000 personnes. L'objectif est de couvrir 8% de la population cible en fin de premier exercice soit 2800 personnes (480 adhérents). Les trois districts ruraux totalisent 2000 familles soit 14000 personnes. L'objectif est de couvrir 5% de la population cible en fin de premier exercice soit 700 personnes (100 adhérents - la taille moyenne d'une famille en milieu rural est de 7 personnes contre 5,8 en milieu urbain). La répartition prévisionnelle des adhésions au cours du premier exercice est la suivante:

	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	
Nombre de bénéficiaires (urbains)	600	1200	500	200	100	80	
Nombre de bénéficiaires (ruraux)	0	0	0	0	0	500	
Total	600	1200	500	200	100	580	
	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil.	Août	Total sept-août
Nombre de bénéficiaires (urbains)	30	30	30	10	10	10	2800
Nombre de bénéficiaires (ruraux)	150	30	20	0	0	0	700
Total	180	60	50	10	10	10	3500

2. Etapes

- constitution officielle du système: AG constitutive le 15/08;
- première campagne de communication: démarrage des opérations de communication le 01/09; «répétition générale» pour les procédures d'adhésion, les 12/09 et 13/09; réunion officielle de lancement le 14/09; démarrage des adhésions le 15/09; «répétition générale» pour les procédures de prise en charge, les 07/12 et 08/12; démarrage des prises en charge le 15/12;
- deuxième campagne de communication: démarrage des opérations de communication le 15/01; «répétition générale» pour les procédures d'adhésion, les 29/01 et 30/01; démarrage des adhésions le 01/02; «répétition générale» pour les procédures de prise en charge, les 24/04 et 25/04; démarrage des prises en charge le 01/05.

3. Contenus de chaque étape

Les opérations de communication comporteront:

- en milieu urbain, 3 réunions avec les associations de quartier (1 par district), 3 réunions en collaboration avec les responsables de centres de santé (1 par centre), une campagne mobile sur les marchés et lors de manifestations particulières ayant lieu à cette période;
- en milieu rural, 2 réunions avec les membres des coopératives, 3 réunions en collaboration avec les responsables de centres de santé (1 par centre), une campagne mobile sur les marchés.

Les campagnes mobiles seront ensuite répétées tous les mois en moyenne.

Des répétitions générales sont prévues avant le démarrage des adhésions et avant le démarrage des prises en charge, soit compte tenu de la période d'attente trois mois après le début des adhésions.

Une réunion de lancement sera organisée avant la première campagne de communication. Seront notamment présents: M. le Préfet, M. le Maire, M. D^r B. directeur de l'hôpital préfectoral, les responsables des centres de santé des 3 districts urbains et ruraux, etc.

Les adhésions auront lieu dans les antennes chargées de la promotion. En milieu urbain 5 antennes seront ouvertes: 1 au siège du système de micro-assurance santé, 1 dans les locaux de l'hôpital, 3 dans les locaux des trois centres de santé de la ville. En milieu rural, 3 antennes seront ouvertes dans les locaux des centres de santé (une par centre).

Les prises en charge avec tiers payant auront lieu dans les formations sanitaires conventionnées: à l'hôpital (services Hospitalisations en urgence, Maternité) et dans les 6 centres de santé (3 urbains, 3 ruraux).

4. Les ressources, les supports et les frais associés

Opérations de communication

- Ressources: 6 animateurs.
- Supports: brochures (6000 exemplaires), plan d'animation (6 exemplaires).
- Frais de déplacements et frais divers: 2000 UM.

Répétitions générales

- Ressources: membres du comité de pilotage ainsi que les acteurs du futur système: animateurs, gestionnaires, personnel de santé des formations sanitaires.
- Supports: scénarios en 15 exemplaires.
- Frais divers: 500 UM.

Réunion de lancement

En plus des membres du comité de pilotage, des acteurs du futur système, des autorités locales et sanitaires et des responsables d'organisations de la société civile, cette réunion sera ouverte à la population cible. L'objectif est d'effectuer à cette occasion une grosse opération d'information et de communication autour du système.

Adhésions

- Ressources: 16 animateurs et 2 gestionnaires du système pour l'enregistrement informatique.
- Supports: fiches d'adhésion (4000 exemplaires), brochures explicatives (4000), registres d'enregistrement «papier» (8), outil d'enregistrement informatique (1), récépissés de paiement des droits d'adhésion (4000).
- Frais de production des supports: 2500 UM.

Prises en charge

- Ressources: personnel des formations sanitaires conventionnées et 2 gestionnaires du système.
- Supports: cartes d'adhérent vierges (4000), formulaires d'attestations de soins (7000), formulaires de demande d'entente préalable (1000), formulaires de factures types récapitulatives (30).
- Frais de production des supports: 2000 UM.

5. Le planning

	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	→
Communication (milieu urbain)										
1 ^{re} répétition générale ¹ (12-13/09)										
Réunion de lancement (14/09)										
Démarrage des adhésions (15/09)										
2 ^e répétition générale ² (07-08/12)										
Démarrage prises en charge (15/12)	← Stage →									
Communication (milieu rural)										
1 ^{re} répétition générale ¹ (29-30/01)										
Démarrage des adhésions (01/02)										
2 ^e répétition générale ² (24-25/04)										
Démarrage prises en charge (01/05)						← Stage →				
¹ Pour les procédures d'adhésion. ² Pour les procédures de prise en charge.										

5.3 Modèle de trame et exemple de rédaction d'un contrat d'assurance santé

Exemple de trame de contrat

Bloc 1

Les parties au contrat, c'est-à-dire le système de micro-assurance santé et l'adhérent dans le cas d'un contrat individuel; le système de micro-assurance et l'organisme (coopérative, syndicat, entreprise, etc.) souscrivant le contrat pour le compte de ses membres dans le cas d'un contrat collectif.

Le cadre législatif: loi ou code s'appliquant au contrat.

Le type de contrat: individuel ou collectif.

Bloc 2

L'objet du contrat.

Bloc 3 Dans le cas d'un contrat collectif uniquement

Les dispositions concernant le contrat passé entre le système de micro-assurance et l'organisme:

- la prise d'effet, la durée, le renouvellement;
- les modifications possibles;
- la résiliation du contrat;
- les dispositions en cas de litige.

Bloc 4 Dispositions concernant la couverture d'assurance

Les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture:

- définition de l'adhérent;
- définition des ayants droit.

L'adhésion:

- formalités d'adhésion;
- prise d'effet de l'adhésion;
- durée de l'adhésion et renouvellement;
- modifications de l'adhésion: pour chaque modification, date à laquelle la demande de modification doit être effectuée, supports spécifiques utilisés et date de prise d'effet de la modification;
- résiliation: date pour effectuer une demande de résiliation, supports spécifiques utilisés, date de prise d'effet de la résiliation;
- exclusion d'un adhérent: circonstances de l'exclusion, délai pour informer l'adhérent concerné, date de prise d'effet;
- exclusion d'un ayant droit: circonstances de l'exclusion, délai pour informer l'adhérent et l'ayant droit concernés par la radiation, date de prise d'effet.

La cessation des garanties et des services.

Bloc 5 Dispositions concernant les garanties et les services auxiliaires

Les garanties:

- liste des services de santé couverts;

- liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge (ex.: épidémies, guerres);
- délais de carence, le cas échéant;
- dans le cas où le système ne prévoit pas de tiers payant sur l'ensemble des services: déchéance de tout droit aux prestations, c'est-à-dire délai maximal dont bénéficie l'adhérent pour effectuer une demande de remboursement;
- modalités de règlement des prestations: paiement en espèces, par chèque ou virement sur un compte bancaire ou postal;
- possibilité de choisir la formule de couverture le cas échéant;
- grille des formules de couverture avec pour chaque formule les services couverts et les niveaux de prise en charge.

Les services auxiliaires (ex.: programme de prévention).

Bloc 6 Dispositions concernant les cotisations

- principe de calcul de la cotisation d'une famille à partir des tarifs individuels;
- grille tarifaire;
- règles de mise à jour des tarifs;
- modalités de paiement des cotisations.

Exemple de rédaction d'un contrat individuel

EXEMPLE DE CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Société d'assurance La Prévoyance (nom fictif)

Préambule

Le présent contrat, régi par la loi _____ (*loi ou code s'appliquant*) a été conclu entre La Prévoyance ci-après dénommée «la société d'assurance» dont le siège social est fixé à _____ (*adresse*) d'une part, et «l'adhérent» d'autre part.

Il s'agit d'un contrat d'assurance individuelle.

Article 1 – L'objet

Le présent contrat a pour objet d'offrir à **l'adhérent** et aux membres de sa famille une couverture d'assurance santé comprenant des garanties et des services.

Article 2 – Les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture

Définition de l'adhérent – Toute personne âgé(e) de plus de 18 ans, domiciliée dans la préfecture de K. et ne bénéficiant d'aucune autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre) a la possibilité d'adhérer au contrat.

Définition de l'ayant droit – **L'adhérent** peut choisir parmi les membres de sa famille (conjoint, concubin, ascendant, descendant, collatéral) un ou plusieurs ayants droit. Le nombre d'ayants droit n'est pas limité. En revanche les ayants droit doivent tous être nommément inscrits sur la fiche d'adhésion. Ils bénéficient des mêmes garanties et services que **l'adhérent**. Pour être inscrits les ayants droit ne doivent pas bénéficier d'une autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre).

Article 3 – L'adhésion

Formalités d'adhésion – **L'adhérent** doit remplir une demande d'adhésion et la remettre à **la société d'assurance**, qui se réserve le droit d'accepter ou de refuser la demande d'adhésion.

Prise d'effet de l'adhésion – L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion, à condition que la demande d'adhésion ait été acceptée.

Durée de l'adhésion et renouvellement – L'adhésion dure une année; elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction.

Ajout/radiation d'un ayant droit – **L'adhérent** peut demander l'ajout d'un ayant droit à tout moment par écrit. Cet ajout prend effet le premier jour du mois suivant la demande. Il peut demander la radiation d'un ayant droit à tout moment par écrit. Cette radiation ne prend effet qu'à la date anniversaire de l'adhésion sauf en cas de décès de l'ayant droit: dans ce cas elle prend effet le premier jour du mois suivant le décès. Un ayant droit radié ne peut être réintégré avant deux ans.

Modification des garanties – **L'adhérent** peut demander la modification des garanties choisies au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.

Souscription à/suppression d'un service – **L'adhérent** peut demander la souscription à un service ou la suppression d'un service au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. Elles prennent effet à cette date anniversaire.

Autres modifications – **L'adhérent** peut également demander de modifier le fractionnement de la cotisation, le mode de paiement de la cotisation ou le mode de règlement des prestations. La demande doit être effectuée au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.

Il peut enfin demander la modification d'informations administratives à tout moment. Ces modifications prennent effet à la date de réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par **l'adhérent**.

Résiliation – **L'adhérent** a la possibilité de résilier son adhésion. La demande doit parvenir à **la société d'assurance** au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La résiliation prend effet à cette date.

Exclusion d'un adhérent – **L'adhérent** peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis.

En cas de retard de paiement des cotisations de 15 jours, **l'adhérent** reçoit une lettre de mise en demeure de payer. Si la situation n'est pas régularisée dans les 15 jours qui suivent, les garanties et services sont suspendus et le restent en l'absence de régularisation. Au bout de trois mois consécutifs de suspension, **l'adhérent** est exclu du contrat. Il est en outre redevable des prestations indûment touchées pendant la période précédant la suspension (15 jours de retard de paiement + 15 jours de mise en demeure).

Un **adhérent** exclu ne peut à nouveau adhérer à un contrat individuel ou collectif de la société d'assurance ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Exclusion d'un ayant droit – Un ayant droit peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis. Un ayant droit exclu ne peut adhérer à un contrat individuel ou collectif de **la société d'assurance** ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Article 4 – La cessation des garanties et des services

Les garanties et les services cessent pour **l'adhérent** et les ayants droit à la date à laquelle l'adhésion prend fin, que cela soit par résiliation, exclusion ou décès. Ils cessent également pour un ayant droit à la date de son exclusion ou de sa radiation.

En cas de décès de **l'adhérent**, les garanties et les services cessent pour les ayants droit le premier jour du mois suivant le décès. Les ayants droit, ou leur tuteur légal si tous les ayants droit sont mineurs, peuvent s'ils le souhaitent adhérer à un contrat individuel équivalent à compter de la date de cessation des garanties.

Article 5 – Les garanties

Liste des services de santé couverts – Seuls certains services de santé dispensés dans les centres de santé et à l'hôpital préfectoral de K. sont pris en charge. Il s'agit des services de santé suivants:

- dans les centres de santé: consultations, pharmacie (uniquement médicaments de la liste des médicaments essentiels*), accouchements simples, radios, analyses;
- à l'hôpital: consultations, pharmacie (uniquement médicaments de la liste des médicaments essentiels*), hospitalisation médicale, accouchements simples, accouchements dystociques, radios, analyses, chirurgie non programmée. Les actes de chirurgie programmée peuvent dans certains cas faire l'objet d'une prise en charge. L'accord de prise en charge doit être demandé avant la réalisation des soins (formulaires d'entente préalable).

* La liste des médicaments essentiels est disponible au siège de **la société d'assurance**, dans chaque centre de santé et à la pharmacie de l'hôpital préfectoral de K.

Liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge – En cas de guerre ou d'épidémie, les services de santé mentionnés ci-dessus ne sont pas pris en charge.

Délais de carence – Seules les dépenses de santé engagées trois mois au moins après la date de l'adhésion, ou trois mois au moins après la date d'affiliation d'un ayant droit, peuvent faire l'objet d'une prise en charge. Ce délai est porté à 9 mois pour les services de santé «Accouchements simples» et «Accouchements dystociques». Il est porté à 12 mois pour le service «Chirurgie programmée».

Déchéance de tout droit aux prestations – La demande de remboursement doit être effectuée au plus tard six mois après la date des dépenses médicales. Passé ce délai les dépenses ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Modalités de règlement des prestations – Le règlement des prestations est effectué en espèces dans chaque antenne de **la société d'assurance** ou au niveau de la caisse centrale. Le règlement peut également être effectué par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de **l'adhérent**. Le mode de règlement des prestations est choisi au moment de l'adhésion. Les règlements ont lieu le premier jour du mois suivant la réception de la demande de remboursement.

Niveaux de prise en charge – Les niveaux de prise en charge sont identiques pour les adultes et les enfants. **L'adhérent** peut choisir la garantie «Centre de santé», la garantie «Hôpital» ou les deux simultanément. La(les) garantie(s) choisie(s) s'appliquent à **l'adhérent** et ses ayants droit.

Garantie «Centre de santé»		Garantie «Hôpital»	
Services couverts	Niveau de prise en charge	Services couverts	Niveau de prise en charge
Consultations	100% dépenses engagées	Consultations	100% dépenses engagées
Pharmacie	100% dépenses engagées	Pharmacie	100% dépenses engagées
Accouchements simples	100% dépenses engagées	Hospitalisation médicale	100% dépenses engagées
Radios	80% dépenses engagées	Accouchements simples	100% dépenses engagées
Analyses	80% dépenses engagées	Accouchements dystociques	100% dépenses engagées
		Radios	80% dépenses engagées
		Analyses	80% dépenses engagées
		Chirurgie non programmée	100 % dépenses engagées
		Chirurgie programmée*	100 % dépenses engagées

*Uniquement sur entente préalable

Article 6 – Les services auxiliaires et optionnels

Les services sont proposés en option moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Tiers payant pharmaceutique – il s'agit de la dispense d'avance de frais dans les pharmacies ayant signé une convention avec **la société d'assurance** pour les médicaments et consommables médicaux prescrits par le personnel de santé des centres de santé conventionnés et de l'hôpital préfectoral de K. La liste des pharmacies et centres de santé conventionnés est disponible auprès de **la société d'assurance**.

Tiers payant hospitalier – il s'agit de la dispense d'avance de frais à l'hôpital préfectoral de K. pour les services suivants: hospitalisation médicale, accouchements simples, accouchements dystociques, chirurgie non programmée.

Transport en urgence – il s'agit de la prise en charge de la course en taxi pour le transport en urgence à l'hôpital préfectoral de K. d'un malade incapable de marcher ou d'une femme en travail. La course est prise en charge à hauteur de 100% des dépenses engagées dans la limite de 4500 UM par évacuation.

En outre les adhérents et leurs ayants droit peuvent participer gratuitement à un programme de prévention et d'information santé. La liste des activités de prévention et des séances d'information santé sont disponibles au siège de **la société d'assurance**.

Article 7 – Les cotisations

Principe de calcul de la cotisation d'une famille – La cotisation familiale est la somme des tarifs individuels des personnes couvertes de la famille.

Grilles tarifaires

	Garantie «Centre de santé»		Garantie «Hôpital»	
	Tarif annuel adulte (UM)	Tarif annuel enfant (UM)	Tarif annuel adulte (UM)	Tarif annuel enfant (UM)
Districts ruraux	2000	1500	1500	1000
Districts urbains	2400	1800	1800	1200

	Tarif annuel par personne (UM)
Tiers payant pharmacie	200
Tiers payant hospitalier	50
Transport en urgence	100
Information/Prévention	gratuite

Règles de mise à jour des tarifs – Les tarifs sont indexés sur le taux officiel d'inflation. Ils sont modifiés chaque année à la fin de l'exercice pour l'exercice suivant. Les nouveaux tarifs s'appliquent à tous les adhérents et leurs ayants droit.

Modalités de paiement des cotisations – Le paiement des cotisations peut être effectué par semaine, par mois ou par semestre selon le souhait de **l'adhérent**. Les cotisations peuvent être payées par prélèvement automatique, par chèque ou en espèces. Le fractionnement et le mode de paiement sont choisis au moment de l'adhésion.

5.4 Modèle de trame et exemple de rédaction d'une convention avec l'offre de soins

Le contenu des conventions peut varier d'un système de micro-assurance santé à l'autre, d'un prestataire à l'autre. Il dépend des décisions prises au cours de la phase de définition du système: mise en place d'un mécanisme de tiers payant, de normes de qualité ou de protocoles thérapeutiques à respecter, choix de modes de paiement particuliers, négociation de tarifs préférentiels, etc. Il dépend aussi de paramètres contextuels: réglementation, organisation de la carte sanitaire, possibilité de tisser des réseaux* entre formations sanitaires de différents échelons de la pyramide sanitaire, possibilité d'instaurer des systèmes d'incitation financière des membres du personnel, etc.

Exemple de trame de convention

Quel que soit le contenu du texte de la convention, celle-ci est avant tout un contrat qui peut être organisé selon la trame suivante:

Bloc 1 – Les parties de la convention

Bloc 2 – L'objet de la convention et l'objectif du réseau de formations sanitaires, si un tel réseau est envisagé

Bloc 3 – La prise d'effet, la durée, le renouvellement

Bloc 4 – Les modifications

Bloc 5 – La résiliation

Bloc 6 – Les cas de litige et les modes d'arbitrage

Bloc 7 – Les engagements des deux parties

Exemple de texte de convention

L'exemple qui suit décrit de manière très précise les engagements des deux parties, dans le cadre particulier de la mise sur pied d'un réseau de prestataires de soins. Les conventions, comme celle présentée, sont signées avec chaque formation sanitaire membre du réseau. Les dispositions concernant le réseau de prestataires (article premier) et les groupes de progrès peuvent être supprimées si le système de micro-assurance santé n'envisage pas de constituer un tel réseau.

L'idée d'intégrer les prestataires de soins conventionnés dans un réseau est cependant intéressante: elle les pousse à s'informer et à se former et leur donne un label de qualité. Elle permet d'accroître l'efficacité des soins et de limiter les coûts grâce à une meilleure coordination et une meilleure circulation de l'information entre les prestataires du réseau, notamment sur les dossiers médicaux des patients.

La rédaction relativement précise peut apparaître lourde mais elle est nécessaire si l'on souhaite établir des conventions encadrées juridiquement.

EXEMPLE DE CONVENTION entre la société d'assurance La Prévoyance et la formation sanitaire _____ (nom de la formation sanitaire) Convention n° _____

Préambule

Le texte de la présente convention a été ratifié le 2 octobre 2004 par l'assemblée générale de **la société d'assurance La Prévoyance**.

La présente convention est signée par **la société d'assurance La Prévoyance** ci-après dénommée «la société d'assurance» dont le siège social est fixé à _____ d'une part, et _____ ci-après dénommé «la formation sanitaire» dont le siège est fixé à _____ d'autre part.

Article premier – L'objet de la convention

La présente convention définit les engagements réciproques de **la société d'assurance** et de **la formation sanitaire** dans le cadre du réseau de formations sanitaires conventionnées mis en place par **la société d'assurance**.

L'objectif de ce réseau est de:

- faciliter l'accès aux soins des adhérents de **la société d'assurance** et de leurs familles: par la mise en place – pour certains services – d'un mécanisme de tiers payant dans les formations sanitaires du réseau et par une meilleure diffusion de l'information au sein du réseau sur les types de recours adaptés pour chaque pathologie;
- améliorer la qualité des soins grâce à l'application des normes de qualité définies dans les conventions et des bonnes pratiques définies dans les groupes de progrès (cf. définition plus bas);
- améliorer le niveau d'éducation sanitaire des adhérents de **la société d'assurance** et de leurs familles grâce à des actions de prévention et d'information santé;
- améliorer le recouvrement des coûts des formations sanitaires du réseau grâce à la prise en charge par **la société d'assurance** des dépenses médicales liées à la consommation de certains services de santé;
- faciliter la formation continue des professionnels de santé du réseau et accroître leur niveau d'information grâce à la mise en place et au développement de groupes de progrès;
- accroître l'efficacité des soins et limiter les coûts grâce à une meilleure coordination et une meilleure circulation de l'information entre les formations sanitaires du réseau, notamment sur les dossiers médicaux des patients.

Article 2 – La prise d'effet, la durée, le renouvellement

La présente convention prend effet le 1^{er} janvier 2005 pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2005. Elle est ensuite révisée et renouvelée d'année en année. Les révisions pourront en particulier porter sur les normes de qualité et le niveau de respect de chaque norme, le niveau de respect des protocoles thérapeutiques, le niveau de participation aux groupes de progrès et aux séances d'information santé et de prévention (cf. définitions plus bas). Elles pourront aussi concerner les dates et fréquences des évaluations.

Article 3 – Les modifications

Chaque partie peut proposer à l'autre des modifications de la convention par écrit au plus tard le 31 novembre de chaque année.

Lorsque les modifications concernent les objectifs de **la formation sanitaire** (normes de qualité, protocoles thérapeutiques, participation aux groupes de progrès, animation de séances de prévention et information santé) ou les modalités de paiement, l'accord des deux parties suffit. La nouvelle convention s'applique à **la formation sanitaire** à compter du 1^{er} janvier suivant.

Lorsque les modifications portent sur des dispositions de la convention qui concernent d'autres formations sanitaires du réseau (comme les tarifs qui sont identiques dans toutes les formations sanitaires conventionnées), elles doivent obtenir l'accord de l'ensemble des responsables des formations sanitaires du réseau et du bureau exécutif de **la société d'assurance**. En cas d'accord, ces modifications sont intégrées dans un nouveau texte de convention qui doit être ratifié par l'assemblée générale de **la société d'assurance**. La nouvelle convention s'applique à toutes les formations sanitaires du réseau à compter du 1^{er} janvier suivant.

Article 4 – La résiliation

Chaque partie peut dénoncer la convention par écrit. La lettre de dénonciation doit être reçue par l'autre partie avant le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend effet le 1^{er} janvier suivant.

Article 5 – Les cas de litige

En cas de litige les parties s'en remettent à l'arbitrage d'un tiers ou en cas d'échec de l'arbitrage au jugement du Tribunal _____ (*nom du tribunal*).

Article 6 – Les engagements des deux parties

1. Les engagements de la formation sanitaire

La formation sanitaire s'engage à :

- respecter les procédures de contrôle (Cf. article 7);
- respecter les procédures de demande d'entente préalable (idem);
- délivrer selon les cas une attestation de prise en charge ou une facture individuelle (idem);
- respecter les normes de qualité (idem);
- respecter les protocoles thérapeutiques (idem);
- participer aux groupes de progrès et appliquer les bonnes pratiques définies dans le cadre de ces groupes (idem);
- préparer et animer les actions de prévention et d'information santé destinées aux adhérents du système et à leurs familles (idem);
- autoriser **la société d'assurance** à effectuer des évaluations périodiques du respect de ces engagements (idem).

2. Les engagements de la société d'assurance

La société d'assurance s'engage à :

- respecter les procédures de paiement de **la formation sanitaire** (Cf. article 7);
- respecter les tarifs conventionnés pour le calcul des montants des paiements (idem);
- communiquer les documents permettant à **la formation sanitaire** de suivre les procédures de contrôle dans le cadre du tiers payant (listing des adhérents et des personnes couvertes à jour de cotisations et ayant terminé leur stage);
- communiquer des formulaires vierges de demande d'entente préalable, d'attestation de prise en charge, de facture individuelle et récapitulative;
- promouvoir **la formation sanitaire** auprès des adhérents et de leurs familles (idem);
- organiser des groupes de progrès auxquels participeront les membres du personnel de santé de **la formation sanitaire** (idem);
- organiser des actions de prévention et d'information santé destinées aux adhérents du système et indemniser le personnel de **la formation sanitaire** ayant préparé et animé ces séances (idem).

Article 7 – Le détail des engagements

1. Les procédures de contrôle

Si les services de santé utilisés par un patient peuvent faire l'objet du tiers payant, le personnel de **la formation sanitaire** doit au préalable vérifier que le patient bénéficie de la prise en charge: inscription sur la carte d'adhésion, droit au service de tiers payant, droit aux prestations (le patient figure sur le listing des personnes couvertes mis à jour chaque mois et communiqué par **la société d'assurance**). En cas de doute le personnel de la formation sanitaire doit entrer en contact avec **la société d'assurance**. Si le cas n'est pas urgent, il peut demander au patient d'apporter une lettre de garantie signée par **la société d'assurance**.

Dans le cas d'un mécanisme de tiers payant, le personnel de la formation sanitaire doit après la réalisation des services de santé faire signer au patient une attestation de soins (formulaire communiqué par **la société d'assurance**) et lui remettre le double de cette attestation, que le patient doit à son tour communiquer à **la société d'assurance**. Cette attestation constitue la preuve que les services de santé ont bien été délivrés.

En l'absence de tiers payant, le personnel doit établir une facture détaillée des services dispensés (formulaire de facture communiqué par **la société d'assurance**) et la remettre au patient, afin qu'il puisse de son côté se faire rembourser par **la société d'assurance**.

2. Les procédures de demande d'entente préalable

Dans certains cas, les actes de chirurgie programmée peuvent être pris en charge par **la société d'assurance**. Le personnel de **la formation sanitaire** doit – avant la réalisation des actes – remplir un formulaire de demande d'entente préalable (formulaire communiqué par **la société d'assurance**), le remettre au patient qui le rapportera ensuite signé par **la société d'assurance** si celle-ci donne son accord.

3. Les normes de qualité

Au 1^{er} janvier 2006 la durée moyenne d'attente avant la réalisation du premier soin ou acte médical aux adhérents ou aux ayants droit de **la société d'assurance** devra être passée de 3,5 heures (niveau actuel) à 2 heures.

Au 1^{er} janvier 2006 le pourcentage de jours sans rupture de stock en 5 médicaments essentiels (les citer: _____) devra être passé de 65% (niveau actuel) à 90%.

Au 1^{er} janvier 2006 les procédures suivantes devront être systématiquement appliquées en matière de confidentialité des dossiers médicaux:

- le personnel non médical n'est pas autorisé à poser des questions d'ordre médical;
- toutes les questions d'ordre médical doivent être posées à huis clos c'est-à-dire dans une pièce fermée, à l'abri des regards et des oreilles indiscrettes, en l'absence de personnes ne faisant pas partie du personnel médical (autres patients, visiteurs, personnel administratif de **la formation sanitaire** et autres);
- les patientes peuvent – si elles le souhaitent – être auscultées/soignées par du personnel médical féminin;
- si le patient est accompagné par un parent ou un ami, le personnel médical doit demander l'accord du patient avant d'autoriser la ou les personnes l'accompagnant à pénétrer dans la salle de consultation ou d'examen;
- le personnel médical doit tenir un dossier médical par patient et ranger ces dossiers dans un local fermé à clé. Le dossier du patient doit être sorti au moment de la consultation ou des soins et rangé dès que ceux-ci sont terminés.

4. Les protocoles thérapeutiques

Au 1^{er} janvier 2006, le pourcentage de prescriptions de médicaments génériques auprès des adhérents ou ayants droit de **la société d'assurance** devra être passé de 35% du nombre total de prescriptions (niveau actuel) à 70%. Cette évolution sera facilitée par des séances d'information sur les médicaments génériques dispensées aux adhérents de **la société d'assurance** et à leurs familles.

5. Les groupes de progrès

Composés du personnel de santé de plusieurs formations sanitaires et éventuellement de partenaires extérieurs (chefs de clinique étrangers, médecins de santé publique, responsables de réseaux de soins), ces groupes doivent se réunir tous les mois pour : réfléchir sur des thèmes correspondant à des problématiques concrètes de la pratique médicale, envisager des actions communes pour lutter contre des maladies spécifiques ou mieux prendre en charge les malades, animer des séances de prévention et d'information santé et préparer des supports d'information à destination des adhérents et ayants droit de **la société d'assurance**.

Au 1^{er} mars 2005, **la société d'assurance** devra avoir mis sur pied 4 groupes de progrès répartis dans la préfecture. Au 1^{er} janvier 2006, 50% des médecins et des infirmiers de **la formation sanitaire** devront faire partie d'un groupe de progrès et avoir participé à au moins 6 réunions sur les 9 tenues par le groupe au cours de la première année.

6. Les actions de prévention et d'information santé

Il s'agit de séances de prévention et d'information santé sur des thèmes spécifiques : prévention des MST et du Sida, prévention des accidents du travail, prévention contre les effets du tabac, les gestes essentiels en cas de crise de paludisme, les médicaments génériques, etc.

Au 1^{er} janvier 2006, **la société d'assurance** devra avoir organisé 3 séances de prévention ou d'information santé dans le cadre de **la formation sanitaire** sur les thèmes ayant reçu les scores les plus élevés auprès de ses utilisateurs. L'organisation de ces séances sera effectuée en partenariat avec un programme de prévention. Les membres du personnel de la formation sanitaire sont invités à participer activement à la promotion de ces séances auprès de leurs patients qu'ils soient ou non adhérents de **la société d'assurance**, et, s'ils le souhaitent, à la préparation du contenu de ces séances et à leur animation.

7. Les évaluations périodiques

Une première évaluation sera effectuée en mai 2005. Elle permettra de vérifier que les procédures de contrôle et de demande d'entente préalable sont bien appliquées et que les niveaux des indicateurs de qualité sont en augmentation.

Une deuxième évaluation sera effectuée début janvier 2006. Elle permettra de vérifier que les objectifs de qualité sont atteints : durée moyenne d'attente, disponibilité en médicaments, confidentialité des dossiers médicaux, protocoles thérapeutiques, participation aux groupes de progrès et participation à la promotion, l'organisation et l'animation des séances de prévention et d'information santé.

8. Les procédures de paiement de la formation sanitaire

Le premier jour de chaque mois la formation sanitaire communique à **la société d'assurance** une facture récapitulative (modèle de facture communiqué par **la société d'assurance**). **La société d'assurance** effectue les contrôles nécessaires et paie **la formation**

sanitaire sur la base de cette facture avant le premier jour du mois suivant. Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire de **la formation sanitaire**. La valorisation des services de santé est effectuée sur la base des tarifs conventionnés (cf. ci-après). Les tarifs conventionnés sont plus élevés que les tarifs officiels, car ils tiennent compte de l'augmentation du niveau de qualité des services de santé, et de la disponibilité accrue du personnel de **la formation sanitaire**.

9. Les tarifs conventionnés

		Tarif conventionné	Tarif officiel (pour information)
Centre de santé	Consultation	600	500
	Pharmacie	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Accouchements simples	1200	1000
	Radios	840	700
	Analyses	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
Hôpital	Consultation	840	700
	Pharmacie	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Hospitalisation médicale	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Accouchements simples	1800	1500
	Accouchements dystociques	3600	3000
	Radios	1080	900
	Analyses	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Chirurgie programmée*	Tarif officiel	Tarif officiel
	Chirurgie non programmée	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel

* Uniquement sur accord préalable de la société d'assurance

10. La promotion de la formation sanitaire

La société d'assurance s'engage à communiquer la liste des formations sanitaires du réseau aux adhérents et à leurs ayants droit. Cette liste fait partie du dossier d'accueil des nouveaux adhérents remis à chaque adhésion nouvelle. Elle est également affichée dans les locaux de **la société d'assurance** et dans chaque antenne locale.