



Etape 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.