

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Tome 1: Méthodologie



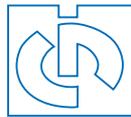
Le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde.

En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociales.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, recherche.

Programme STEP

Secteur de la Protection 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/publs



Le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), créé en 1961, a pour objet la mise en place de systèmes économiques et sociaux visant la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme. Il cherche à promouvoir un développement solidaire, durable et efficace au niveau des familles, des villages et des régions.

Le CIDR intervient dans quatre domaines:

- l'entreprise et le développement économique local;
- les systèmes financiers décentralisés;
- le développement local et l'appui à la décentralisation;
- les systèmes de santé et la prévoyance sociale.

Pour répondre à la demande des populations ou des acteurs de développement, il met en œuvre des recherches-actions sur des thématiques innovantes, élabore des outils de suivi-évaluation, organise l'échange de savoir et la diffusion des résultats obtenus (publications, organisation de stages et de dispositifs de formation).

Centre international de Développement et de Recherche

B.P. 1 - 60350 Autrèches, France
Tél.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Tome 1: Méthodologie

Bureau international du Travail
Centre international de Développement et de Recherche

avec le soutien
de la Direction du Développement et de la Coopération Suisse

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, CIDR

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), 2001

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

ISBN 92-2-212551-7

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 quand 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 et le Centre international de Développement et de Recherche souscrivent 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 et du Centre international de Développement et de Recherche 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. Il est possible également de se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste de nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par e-mail: pubvente@ilo.org ou par le site web: www.ilo.org/pblns

Le catalogue des publications du programme STEP est disponible sur le site web: www.ilo.org/step/pubs

Remerciements

Ce guide a été produit conjointement par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Secteur de la Protection sociale du Bureau international du Travail (BIT) et par le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR). Ces deux structures travaillent depuis plusieurs années au développement des connaissances en matière d'extension de la protection sociale, en particulier, à travers l'appui à des initiatives locales.

La réalisation de ce guide a été financée par le programme STEP et la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC) et effectuée sous la coordination méthodologique du CIDR.

Le guide a été élaboré conjointement par Bruno Galland (CIDR), Guillaume Debaig (CIDR) et plusieurs membres du programme BIT/STEP. Sa conception a bénéficié de la contribution de Dominique Evrard (ANMC) et d'Alain Letourmy (CERMES). Le programme STEP en a réalisé la mise en forme définitive.

L'apport de nombreux acteurs œuvrant tant au niveau local que national et international a permis d'enrichir le guide. Des tests de terrain ont été effectués lors de l'élaboration de la version provisoire du guide auxquels ont participé: Issa Sissouma (UTM, Mali), Mirindi Ruhana (coordinateur santé BOM, Ile d'Idjwi, Congo), André Wade (GRAIM Sénégal, mutuelle de Lalane Diassap), Charles Wade (GRAIM Sénégal, mutuelle de Fandène), Fabien Habimana (ANMC).

Les auteurs et éditeurs remercient chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur soutien tout au long du processus de production du guide.

Si vous avez utilisé le guide et souhaitez nous faire connaître les résultats de vos travaux et vos critiques ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

BIT - STEP

Secteur de la Protection 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

CIDR

B.P. 1 - 60350 Autrêches,
France
Tél.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Table des matières

Introduction	1
Partie I: Définitions et notions de base	7
1 Le suivi et l'évaluation	9
2 L'adhésion	10
2.1 La population de la zone d'intervention	10
2.2 Le public cible	10
2.3 Les catégories de bénéficiaires	11
2.4 Les modes d'adhésion	12
2.5 Les types d'adhésion	12
3 Les risques liés à l'assurance santé	13
4 Les recettes et dépenses d'un SA	13
4.1 Les dépenses	13
4.2 Les recettes	14
5 Les états financiers	15
5.1 Le compte de résultat	16
5.1.1 Les charges	17
5.1.2 Les produits	17
5.1.3 Le résultat	18
5.2 Le bilan	18
5.2.1 L'actif	18
5.2.2 Le passif	20
5.2.3 Le résultat	20
Partie II: Éléments de suivi	21
1 Le suivi administratif et technique de l'assurance santé ..	23
1.1 Les outils et documents de gestion utilisés pour le suivi administratif et technique	24
1.1.1 La carte d'adhérent	24
1.1.2 La fiche d'adhésion et de cotisation	24
1.1.3 Le registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion	25
1.1.4 La lettre de garantie	25
1.1.5 L'attestation de soins	26
1.1.6 La facture du prestataire de soins	26
1.1.7 Le registre des prestations prises en charge	26

1.2	Le suivi des fonctions de gestion de l'assurance	27
1.2.1	La production du contrat d'assurance.	27
1.2.2	Le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion	28
1.2.3	Le traitement des demandes de prise en charge	31
1.2.4	La surveillance du portefeuille de risques	32
2	Le suivi du budget et de la trésorerie	39
2.1	Le suivi du budget	39
2.2	Le suivi de la trésorerie	40
3	Synthèse	42

Partie III: Evaluation de la viabilité de l'assurance santé . . . **45**

1	L'évaluation de la viabilité administrative	48
1.1	L'évaluation du suivi des adhésions	48
1.2	L'évaluation du suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion	49
1.3	L'évaluation du suivi des demandes de prise en charge	49
1.4	L'évaluation du suivi du portefeuille de risques	50
1.5	L'évaluation du suivi de l'enregistrement comptable	51
1.6	L'évaluation du suivi budgétaire et de la trésorerie	51
1.7	L'évaluation globale du suivi	51
2	L'évaluation de la viabilité technique	52
2.1	Les paramètres de la qualité du portefeuille de risques	52
2.1.1	Les paramètres d'analyse des conditions d'adhésion	53
2.1.2	Les paramètres d'analyse de la gestion des garanties	55
2.2	L'évaluation de la qualité du portefeuille de risques	60
3	L'évaluation de la viabilité fonctionnelle	63
3.1	La dynamique d'adhésion	63
3.2	Le recouvrement des cotisations	67
3.3	Le délai de remboursement des adhérents et/ou de paiement des prestataires	67
4	L'évaluation de la viabilité économique et financière	68
4.1	L'évaluation de la situation financière par la méthode des ratios	68
4.1.1	La solvabilité du SA	69
4.1.2	Le financement de l'activité du SA	70
4.1.3	La «bonne marche financière» du SA	71
4.2	Éléments d'analyse de la viabilité financière	72
4.2.1	Un exemple d'interprétation des résultats	72
4.2.2	Les mécanismes de consolidation financière de l'assurance santé	77
4.2.3	Les niveaux de viabilité financière	78

4.3	La viabilité économique.	79
4.3.1	La notion de coûts cachés.	79
4.3.2	Le calcul du résultat économique.	80
4.3.3	L'évaluation de la viabilité économique	81
5	Synthèse.	81

Partie IV: Evaluation de la viabilité institutionnelle du système de micro-assurance santé 85

1	La répartition des tâches et la gestion des ressources humaines du système de micro-assurance santé	88
1.1	La distribution des responsabilités.	88
1.1.1	Les organes et acteurs impliqués dans l'administration et la gestion	89
1.1.2	La construction des tableaux de rôle théorique et réel . .	90
1.1.3	L'analyse des tableaux de rôle	94
1.1.4	L'appréciation du niveau d'autonomie organisationnelle du SA	95
1.2	Les ressources humaines	96
1.2.1	L'administration du personnel	96
1.2.2	Le développement des ressources humaines	97
2	Les liens entre l'assurance et les autres activités conduites par l'organisation responsable	98
2.1	Les interrelations financières entre les activités menées par l'organisation responsable	98
2.2	Les relations entre l'assurance et les autres activités menées dans le domaine de la santé	99
2.2.1	Les services financiers dans le domaine de la santé	99
2.2.2	Les services non financiers dans le domaine de la santé. .	100
2.3	La «santé financière» de l'organisation responsable	101
3	Les relations du système de micro-assurance avec l'offre de soins de santé	101
3.1	Les relations fonctionnelles	102
3.2	Les relations institutionnelles.	102
3.3	Les relations contractuelles	102
4	Le cadre juridique et réglementaire de fonctionnement du système de micro-assurance santé . .	103
4.1	Le cadre juridique de mise en œuvre de l'assurance . . .	103
4.2	Le respect des obligations statutaires et réglementaires. .	104

Partie V: Quelques indications pour l'appréciation de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact du système de micro-assurance santé 107

1 Quelques indicateurs de l'efficacité du système de micro-assurance santé	109
1.1 L'amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins de santé	109
1.2 L'accès à l'assurance du plus grand nombre	111
2 Quelques indicateurs de l'efficience du système de micro-assurance santé	112
3 Quelques indications relatives à l'appréciation de l'impact du système de micro-assurance santé	113
3.1 Indications pour l'appréciation de l'impact sur les bénéficiaires et le public cible	113
3.1.1 L'impact sur l'accès des bénéficiaires et du public cible aux soins de santé	113
3.1.2 L'impact sur le sentiment d'insécurité des bénéficiaires	115
3.1.3 L'impact sur la santé des bénéficiaires	115
3.1.4 L'impact sur les dépenses de santé des bénéficiaires	115
3.1.5 L'impact sur les activités économiques des bénéficiaires	115
3.1.6 L'impact sur les solidarités	116
3.2 Indications pour l'appréciation de l'impact sur l'offre de soins	116
3.2.1 L'impact sur l'adéquation entre le type de services proposés et les besoins des usagers	116
3.2.2 L'impact sur la qualité et le prix des soins	117
3.2.3 L'impact sur les revenus des prestataires	117
3.3 Indications pour l'appréciation de l'impact sur la population de la zone d'intervention	118
3.3.1 La couverture de la population	118
3.3.2 L'impact du SA sur les non-bénéficiaires	119
3.4 Indications pour l'appréciation de l'impact sur l'équité	119
4 La pertinence du système de micro-assurance santé	120

Bibliographie 123

Annexes 127

Annexe 1: Descriptif synthétique du système de micro-assurance santé	127
Annexe 2: Glossaire	135

Index des tableaux

Tableaux	Intitulés	Tome 1	Tome 2
Tableau 1	Présentation simplifiée du CdR	16	4
Tableau 2	Présentation simplifiée du bilan	19	6
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques de la population et du public cible	28	12
Tableau 4	Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires	30	17
Tableau 5	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire	34	20
Tableau 6	Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge	35	23
Tableau 7	Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge	37	25
Tableau 8	Fiche de suivi des fréquences de risques	38	27
Tableau 9	Fiche de suivi budgétaire	40	28
Tableau 10	Fiche de suivi du plan de trésorerie	41	29
Tableau 11	Liste des outils de gestion et de suivi	42	30
Tableau 12	Référentiel des services couverts par un SA	61	31
Tableau 13¹	Récapitulatif des indicateurs de viabilité financière de l'assurance santé	78	—
Tableau 14¹	Récapitulatif des indicateurs de viabilité de l'assurance santé	82	—
Tableau 15	Tableau de rôle théorique	91	36
Tableau 15bis	Tableau de rôle réel	91	36
Tableau 16	Analyse d'une convention avec un prestataire de soins	103	38
Tableau 17	Stades de progression vers la reconnaissance juridique	104	40
Tableau 18	Obligations statutaires et réglementaires	105	41

¹ Les tableaux récapitulatifs n^{os} 13 et 14 ne sont pas repris dans le tome 2 car leur remplissage n'appelle pas de commentaires particuliers.

Index des indicateurs

N°	Intitulés	Tome 1	Tome 2
Viabilité administrative			
T.1	Suivi des adhésions	48/49	45
T.2	Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion	49	47
T.3	Contrôle des droits aux prestations	50	49
T.4	Suivi des prises en charge	50	51
T.5	Suivi du portefeuille de risques	50	53
T.6	Suivi de l'enregistrement comptable	51	54
T.7	Suivi financier	51	55
T.8	Qualité globale du suivi	52	56
Viabilité technique			
G.1	Modalités d'adhésion	60	57
G.2	Qualité du portefeuille de risques	62	59
G.3	Coûts moyens des prestations prises en charge	62	63
Viabilité fonctionnelle			
M.1	Taux de croissance brute	64	66
M.2	Taux de fidélisation	64	68
M.3	Taux de croissance interne	66	70
M.4	Taux de croissance externe	66	71
M.5	Taux de pénétration	66	72
M.6	Taux de recouvrement	67	73
M.7	Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents	67	74
Viabilité financière			
F.1	Ratio de liquidité immédiate	69	75
F.2	Ratio de capitaux propres	70	76
F.3	Ratio de couverture des charges ou taux de réserve	70	77
F.4	Ratio des cotisations acquises / charges	71	78

N°	Intitulés	Tome 1	Tome 2
F.5	Ratio de sinistralité	71	79
F.6	Ratio des frais de fonctionnement brut	72	80
Viabilité économique			
V.1	Taux de financement propre	81	83
V.2	Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)	81	84
Ressources humaines			
H.1	Outils d'administration du personnel	97	85
H.2	Investissement en formation	98	86
Efficacité			
E.1	Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires	109	87
E.2	Taux d'utilisation comparé des services de santé	110	88
E.3	Temps de latence comparé	110	90
E.4	Durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée	110	92
E.5	Coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée	111	94
E.6	Taux d'exclusion des bénéficiaires	111	95
Efficiences			
C.1	Produits financiers	112	97
Impact			
I.1	Part des prestations prises en charge par le SA	117	98
I.2	Apport financier du SA aux prestataires de soins	117	99
I.3	Taux de couverture	118	100
I.4	Répartition des bénéficiaires par catégorie	119	101

Liste des sigles

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux Initiatives de Développement à la Base
AG	Assemblée générale
ANMC	Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes
ASBL	Association sans but lucratif
BIT	Bureau international du Travail
CA	Conseil d'administration
CdR	Compte de résultat
CERMES	Centre de recherche Médecine, Maladie et Sciences sociales
CIDR	Centre international de Développement et de Recherche
CS	Centre de santé
CSC	Centre de santé communal
DCI	Dénomination commune internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
FCFA	Francs CFA
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives mutualistes
IPTK	Institut polytechnique Tomas Katari
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OR	Organisations responsables
PI	Population de zone d'intervention
RDC	République démocratique du Congo
Rb	Résultat avant subvention
SA	Système de micro-assurance
SARL	Société à responsabilité limitée
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TAN	Taux de croissance national
UM	Unité monétaire
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	Solidarité Mondiale

Introduction

Quelle est l'origine de ce guide?

Au cours des dernières décennies, la tendance croissante au recouvrement des coûts des services de santé a renforcé le besoin de protection de la population face au risque financier lié à la maladie.

Dans les pays africains où les régimes de sécurité sociale ne couvrent guère plus de 10 pour-cent de la population totale, les systèmes d'assistance sociale sont quasi inexistantes et la population du secteur informel, la plus nombreuse et la plus exposée, ne bénéficie généralement d'aucune protection en dehors des réseaux d'entraide et de solidarité. Ceux-ci sont de moins en moins en mesure d'apporter aux individus une sécurité minimale face aux dépenses de santé (pression sur les revenus des ménages et affaiblissement des réseaux sociaux). En Asie et en Amérique latine, la couverture par les systèmes de protection sociale, bien que supérieure à celle observée sur le continent africain, reste très insuffisante; dans beaucoup de pays, elle est inférieure à 50 pour-cent. Une grande partie des populations des pays en développement se trouve donc démunie face au «risque maladie».

De nos jours, les systèmes de protection sociale sont confrontés à de fortes contraintes financières. Ils sont rarement en mesure de pouvoir étendre leur couverture à des parts plus importantes de la population. C'est pourquoi on a assisté ces dernières années, en Afrique et en Asie en particulier, à l'émergence de systèmes de protection créés par des acteurs autres que les États: communautés, ONG, syndicats, etc. Certains d'entre eux utilisent l'assurance comme mécanisme de partage des risques. Ces systèmes, regroupés sous le terme de micro-assurance, présentent des caractéristiques assez diverses. Ils sont encore très peu nombreux à l'échelle mondiale même si leur nombre est en croissance rapide.

L'idée de réaliser un guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé (SA) trouve son origine dans le constat:

- de l'insuffisance d'outils utilisables par les gestionnaires des SA et par les structures d'appui pour suivre et évaluer la viabilité de ces systèmes;
- du besoin des différents opérateurs d'échanger leurs expériences et de disposer d'informations comparables et de qualité;
- du manque d'éléments d'appréciation de ces systèmes dont souffrent les États et les organismes de coopération pour définir leurs positions et leurs actions en ce qui concerne ce secteur.

Ce guide a été produit conjointement par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Secteur de la Protection sociale du BIT et par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). Ces deux structures travaillent depuis plusieurs années au développement des connaissances en matière d'extension de la protection sociale, en particulier, à travers un appui à des initiatives locales.

Quels sont les objectifs et les limites de ce guide?

Les objectifs

Le guide poursuit deux objectifs:

Objectif 1: Renforcer la capacité des gestionnaires à suivre et à évaluer leur SA.

Le guide aide les gestionnaires à se doter de techniques et d'outils leur permettant de suivre les activités de leur organisation et d'en évaluer le fonctionnement. Cette évaluation n'a pas pour seul but de se prononcer sur la viabilité. Elle permet également de faire évoluer les modalités d'organisation et de fonctionnement du SA, d'améliorer les relations de celui-ci avec les tiers, d'accroître la maîtrise et la circulation de l'information en son sein.

Objectif 2: Renforcer la capacité des structures d'appui technique et financier à apprécier la viabilité et le fonctionnement du SA.

En analysant la viabilité du SA avec lequel elles travaillent, les structures d'appui en identifient plus précisément les faiblesses et les besoins. Cet exercice permet également à ces structures d'évaluer le résultat de leurs activités passées et de définir plus efficacement leurs activités à venir. Le guide propose également à ces structures des indications pour mesurer l'efficacité, l'efficience et l'impact du SA.

Par sa contribution à la systématisation et à la normalisation de l'information, le guide favorisera également la création d'un langage commun, et donc de meilleures conditions de communication entre les différents acteurs impliqués dans la gestion et la promotion des SA.

Les limites

Le suivi n'est pas présenté dans ce guide de manière exhaustive. Les éléments de suivi retenus sont ceux qui sont directement utiles à la méthode d'évaluation proposée.

Le guide n'évalue pas d'autres activités que l'assurance santé. Les organisations de prévoyance, mutualistes ou non, conduisent souvent plusieurs activités: épargne/crédit, installation et gestion d'un centre de santé ou d'une pharmacie, éducation, etc. Quelques-unes de ces activités sont mentionnées dans le guide mais elles ne sont pas évaluées en tant que telles.

Le guide ne présente pas une analyse de la rentabilité des produits d'assurance par type de prestations. Il propose une méthodologie en vue d'assurer et d'analyser la viabilité des SA et notamment du portefeuille de risques. Il n'a pas pour but d'analyser si les garanties offertes sont rentables ou non. Cela nécessiterait de maîtriser et d'appliquer les méthodes de comptabilité analytique ce qui est, aujourd'hui, très rarement le cas dans les SA.

La tutelle ou les ministères de la santé et les agences de coopération accordent souvent une importance particulière à l'impact du SA sur l'accès des plus pauvres aux soins ou sur l'amélioration de la qualité des services. Le guide fournit quelques indications méthodologiques pour mesurer un tel impact mais il ne propose pas une méthode d'analyse dans ce domaine. Une étude d'impact exige une démarche plus approfondie allant au-delà des indications proposées ici. Elle nécessite du recul par rapport à l'action et suppose de recueillir des données (par enquêtes) directement auprès des services de santé et de la population.

A qui ce guide s'adresse-t-il?

Le guide s'adresse plus particulièrement à deux types d'utilisateurs:

- *Les gestionnaires et les responsables de SA.* Suivant leurs tâches et leur niveau de connaissances, les gestionnaires et responsables seront intéressés par tout ou partie du guide.
- *Les structures d'appui aux SA:* ONG, centres de gestion, projets, unions ou coordinations de mutuelles, syndicats, etc.

Ce guide, par sa contribution à la systématisation de l'information et à la connaissance des SA, permettra également à *la recherche scientifique et aux décideurs* de mieux cerner la capacité de ces systèmes à réduire l'exclusion de la protection sociale.

Quels systèmes d'assurance santé sont visés par ce guide? Comment leur diversité est-elle prise en compte?

Ce guide a été conçu, en priorité pour des organisations locales gérant une assurance santé comme les systèmes mutualistes, les systèmes gérés par des prestataires de soins, etc.

Le guide n'est pas adapté aux systèmes centralisés d'assurance santé, par exemple aux régimes de sécurité sociale, qui sont généralement caractérisés par une obligation d'affiliation, une couverture nationale (ou d'une catégorie socioprofessionnelle dans son ensemble) et une gestion sous la responsabilité d'instances publiques ou parapubliques.

Des adaptations seront sans doute nécessaires pour des systèmes à adhésion automatique de type mutuelles d'entreprise, comme les instituts de prévoyance maladie au Sénégal.

Bien que ce ne soit pas sa finalité première, le guide peut être utile aux gestionnaires de systèmes de prépaiement (épargne et/ou crédit-santé, abonnement, etc.) ou à des associations d'entraide.

Afin de prendre en compte la diversité des systèmes concernés par ce guide, ceux-ci sont considérés ici comme constitués de deux composantes:

- a) *l'assurance santé appréhendée en tant qu'instrument financier* basé sur la mutualisation du risque entre les adhérents;
- b) *une organisation responsable du fonctionnement de cette assurance* selon des modalités et des objectifs qui lui sont propres.

Le guide traite d'abord du suivi et de l'évaluation de l'assurance santé (parties II et III). Les modalités de gestion de l'assurance santé sont très diverses. Selon les SA, elles se différencient en fonction des objectifs poursuivis, du niveau d'implication des adhérents dans les décisions, des formules d'adhésion, et également du niveau de solidarité financière entre adhérents. Malgré cette diversité, il a été considéré que les SA, lorsqu'ils gèrent une assurance santé, sont soumis à des principes de fonctionnement en partie communs. En effet, comme tout instrument financier, l'assurance santé doit respecter des règles techniques, financières et de gestion qui lui sont propres.

L'assurance santé, comme instrument financier, peut être évaluée dans un premier temps, en tant que telle et donc indépendamment de l'organisation qui assume la responsabilité de son

fonctionnement. L'expérience montre qu'une maîtrise insuffisante des facteurs de viabilité de l'assurance santé peut rapidement remettre en cause l'existence même d'un SA.

Dans la partie IV, le guide aborde une série de facteurs organisationnels et institutionnels conditionnant la viabilité du SA et qui sont dans une grande mesure dépendants de l'organisation responsable du fonctionnement de l'assurance. Ici, la diversité des organisations est prise en compte.

On peut à ce propos regrouper les systèmes de micro-assurance, concernés par ce guide, en deux grandes catégories:

- *Les systèmes reposant sur une participation significative des assurés à la gestion.* Les mutuelles de santé sont les systèmes les plus nombreux dans cette catégorie. Ce sont des organisations démocratiques fondées sur l'entraide et la solidarité. Elles sont créées et gérées par et pour leurs membres.

Dans les mutuelles, les membres participent à la gestion à travers l'élection des responsables et les assemblées générales. Les mutuelles sont la propriété collective de leurs membres; 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 membres (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 gestion du risque maladie.

En Afrique de l'Ouest, les mutuelles de Thiès au Sénégal sont parmi les plus anciennes gérées par des non-salariés.

- *Les systèmes qui ne prévoient pas de participation des assurés à la gestion.* On trouve ici, entre autres, la plupart des systèmes gérés par les prestataires de soins. Dans la plupart des cas, les adhérents ne sont pas copropriétaires du système mais simplement des clients. Ce sont des ayants droit qui ne partagent pas le risque de la gestion de l'instrument financier.

L'assureur passe un contrat avec les adhérents. Le contrat est défini, limité dans le temps, renouvelable et révocable. C'est le contrat qui ouvre droit aux garanties. L'assureur n'est généralement pas obligé d'accepter toutes les personnes souhaitant s'affilier.

Ces systèmes peuvent être publics, privés à but lucratif ou non. Les systèmes de micro-assurance à but non lucratif, gérés par des hôpitaux, en Afrique par exemple, ont principalement pour objectifs de faciliter l'accès aux services qu'ils proposent, d'augmenter puis de stabiliser leurs recettes. L'assurance de Bwamanda (RDC) (Criel, 1998) fait partie des systèmes de micro-assurance à but non lucratif parmi les plus anciens en Afrique.

Les entreprises commerciales d'assurances poursuivent des objectifs de rentabilité financière. Elles peuvent être amenées à proposer à leurs clients des contrats d'assurance dont le coût se rapproche le plus possible du risque que ceux-ci font supporter à l'assureur. Ainsi, elles proposent souvent des garanties différentes selon les adhérents car ajustées aux risques d'un individu ou d'un groupe d'assurés.

La distinction entre les différents systèmes n'est pas formelle. Les méthodes de mise en place, les logiques financières et probablement les conditions de faisabilité, varient d'un système à l'autre².

En résumé, la méthode proposée dans le guide présente un volet commun à tous les systèmes. Elle est consacrée au suivi et à l'évaluation de l'instrument financier que constitue l'assurance (parties II et III) et un second volet (partie IV) où sont prises en compte les différences entre les organisations ayant la responsabilité du fonctionnement de l'assurance.

Comment ce guide est-il structuré?

Le guide est composé de deux tomes. Le premier est consacré à la présentation de la méthodologie, le second aux modalités pratiques de remplissage des tableaux et de calcul des indicateurs.

Structure du tome 1: Méthodologie

Le tome 1 est composé de cinq parties.

La partie I présente les principales définitions et notions de base utilisées dans le guide. Elles ont trait au suivi et à l'évaluation, aux adhésions, aux risques liés à l'assurance, aux recettes et dépenses ainsi qu'aux états financiers. Des définitions complémentaires à celles introduites dans cette partie sont présentées dans le glossaire placé en annexe du tome 1.

La partie II est consacrée au suivi administratif et technique ainsi qu'au suivi du budget et de la trésorerie. Les éléments de suivi présentés sont ceux qui sont directement utiles à l'évaluation abordée dans les parties III et IV. La présentation du suivi administratif et technique est organisée autour des grandes fonctions de gestion de l'assurance à savoir: la production du contrat, le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion, le traitement des demandes de prise en charge et la surveillance du portefeuille de risques.

La partie III porte sur l'évaluation de la viabilité de l'assurance santé considérée en tant qu'instrument financier. La méthode proposée repose sur l'utilisation d'une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. L'évaluation de la viabilité est considérée successivement sur le plan administratif, technique, fonctionnel, financier et économique. Cette partie contient de nombreuses explications afin de faciliter la compréhension et la bonne utilisation des indicateurs proposés.

La partie IV a trait à l'évaluation de la viabilité institutionnelle du système de micro-assurance. Cette partie complète la précédente en prenant en compte des facteurs de viabilité liés, dans une grande mesure, à l'organisation qui assume la responsabilité du fonctionnement de l'assurance. Sont examinés successivement ici la répartition des tâches et la gestion des ressources humaines du SA, les liens et complémentarités entre l'assurance et les autres

² Il faut noter que certaines compagnies d'assurances commerciales font directement concurrence à des SA poursuivant des objectifs sociaux. Les premières chercheront par exemple à fidéliser une bonne «clientèle» de jeunes, en proposant des garanties attractives pour cette catégorie de personnes (garanties voulant dire ici un paquet de prestations fournies en contrepartie d'une cotisation ajustée aux risques estimés pour cette catégorie de la population). Ces assurances peuvent rentrer directement en concurrence avec des systèmes mutualistes dont les principes de solidarité interdisent de faire une distinction entre les «bons» et les «mauvais» risques. Les deux types d'opérateurs proposent des «produits d'assurance» bien que les objectifs qu'ils poursuivent peuvent être considérés comme très différents. De même une concurrence peut s'instaurer entre les systèmes d'assurance à but non lucratif gérés par des hôpitaux et les systèmes mutualistes qui poursuivent des objectifs humains et sociaux plus larges que les premiers.

activités conduites par l'organisation responsable, les liens du SA avec les prestataires de soins, le cadre juridique et réglementaire de fonctionnement du SA.

La partie V présente quelques indications pour l'appréciation de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact d'un SA. Cependant, elle ne fournit pas l'ensemble des éléments nécessaires à l'élaboration de véritables méthodes dans ce domaine. Elle donne, plus simplement, des repères aux utilisateurs qui seraient intéressés par ce type d'appréciation en complément à l'évaluation de la viabilité du SA. Elle introduit également la notion de pertinence.

Structure du tome 2: Indications pratiques

Le tome 2 fournit des indications pratiques et des exemples facilitant l'emploi par les utilisateurs des tableaux et indicateurs présentés dans le tome 1. Les tableaux et les indicateurs sont respectivement regroupés dans les première et deuxième parties du tome 2. Ils sont présentés dans leur ordre d'apparition au sein du tome 1.

Des index situés en tête du tome 1 et du tome 2 facilitent la recherche des tableaux et des indicateurs dans les deux tomes.

Comment utiliser le guide?

Il est souhaitable que les utilisateurs effectuent d'abord une lecture complète du guide afin de cerner la démarche proposée dans son ensemble et de mieux comprendre l'utilité des informations à collecter et des indicateurs à produire.

Le suivi et l'évaluation d'un SA sont des opérations relativement complexes. Il est donc préférable de réaliser ces opérations en équipe afin d'associer plusieurs compétences. Il peut être nécessaire de recourir à des appuis extérieurs par exemple pour établir les états financiers ou pour analyser les coûts. Il faudra procéder de façon très méthodique et s'assurer de la bonne compréhension des indications contenues dans le guide. C'est pourquoi les utilisateurs devront consulter fréquemment celui-ci au cours du suivi ou de l'évaluation.

L'évaluation sera d'autant plus fructueuse que tous les acteurs du SA (responsables, gestionnaires, prestataires conventionnés, etc.) y auront été associés. Leur participation dès la phase de recueil des informations, la transparence dans la méthodologie suivie, leur contribution à l'analyse des données, favoriseront leur appropriation des conclusions et leur implication dans les activités postévaluation.

Selon ses objectifs et ses besoins, un utilisateur pourra privilégier une partie du guide plutôt qu'une autre, en utiliser tous les outils ou seulement quelques-uns. Si le guide est utilisé pour enrichir d'autres méthodes d'évaluation il aura déjà rempli une de ses missions. Cependant, il faut veiller à la cohérence globale de l'évaluation dont les résultats peuvent être complètement altérés par une vision tronquée du SA.

Ce guide n'aurait que peu d'intérêt s'il devait être appliqué uniquement là où les problèmes sont résolus et où les situations sont claires. Il doit être compris au contraire comme un outil de mise en évidence systématique des problèmes et des insuffisances. L'absence d'information dans un domaine est en elle-même une information importante pour la gestion du SA. Elle montre l'existence d'une «zone d'ombre», pouvant expliquer un dysfonctionnement.

Partie I

Définitions et notions de base

Dans cette première partie, sont présentées des définitions et des notions de base qu'il est important de connaître pour utiliser les parties suivantes du guide. Ces définitions et notions de base ont trait:

- au suivi et à l'évaluation;
- aux adhésions;
- aux risques liés à l'assurance santé;
- aux recettes et aux dépenses;
- aux états financiers.

Le suivi et l'évaluation

Il est habituel de faire une distinction entre le suivi et l'évaluation. Cette distinction n'est pas toujours claire dans la réalité. Les deux techniques sont en fait liées et complémentaires. Elles utilisent beaucoup d'outils communs.

Le suivi peut être défini comme une activité continue qui consiste à:

- surveiller le bon déroulement du programme d'activités prévu;
- fournir, en temps utile, les éléments d'information nécessaires à une gestion saine et à une prise de décisions efficace.

Un bon suivi est une condition fondamentale du «succès» du SA. Le succès peut être défini pour un SA comme la capacité à honorer de manière constante et durable ses engagements avec ses partenaires, en particulier les bénéficiaires et les prestataires de soins.

On désigne par «système de suivi» l'ensemble des procédures, outils, circuits de l'information et responsabilités qui permettent la collecte et le traitement des données réalisés dans le cadre du suivi.

L'évaluation est une activité périodique. C'est un bilan de l'action fait, soit en cours, soit en fin d'exercice³. Généralement, une évaluation consiste à apprécier si les objectifs fixés sont totalement, partiellement ou non atteints. Elle doit chercher les raisons des écarts entre le niveau d'atteinte des objectifs et les prévisions.

L'évaluation peut porter sur l'ensemble d'une structure (par exemple évaluation d'un projet), certaines de ses actions (par exemple évaluation des actions en matière d'éducation d'un ministère des affaires sociales) ou certaines de ces caractéristiques (par exemple évaluation de la viabilité d'une entreprise).

3 Il existe également des évaluations réalisées avant l'action que l'on dénomme «ex-ante» et qui ont pour but de se prononcer sur l'opportunité d'engager une action donnée.

L'adhésion

L'**adhésion** ou affiliation⁴, d'une personne à un SA fait référence à l'acte de s'assurer contre le risque financier lié à certaines maladies. Il peut s'agir d'une adhésion à une mutuelle de santé, à une assurance santé commerciale ou autre.

Les notions de base suivantes sont définies ci-après:

- la population et le public cible;
- les modes d'adhésion (individuel, familial ou de groupe);
- les types d'adhésion (volontaire, automatique ou obligatoire);
- les catégories de bénéficiaires (adhérent et personne à charge, adhérent cotisant et non cotisant).

En matière d'adhésion, les pratiques observées dans les SA sont très variées. Seules les pratiques les plus fréquentes sont évoquées dans les définitions et explications qui suivent.

2.1 La population de la zone d'intervention

La **population de la zone d'intervention** correspond à la population totale du territoire géographique dans lequel opère le SA.

Deux cas peuvent se présenter selon que le SA est à base territoriale (c'est-à-dire que ses activités sont circonscrites à une zone géographique donnée) ou à base socioprofessionnelle (c'est-à-dire que ses activités sont conduites au bénéfice d'un groupe d'individus présentant des liens particuliers: employés d'une entreprise, membres d'un syndicat, etc.):

- Pour un SA à base territoriale, la population de la zone d'intervention est l'ensemble de la population du territoire géographique dans lequel opère le SA.
- Pour un SA à base socioprofessionnelle, la population de la zone d'intervention est constituée de la population où résident les membres de la catégorie socioprofessionnelle à laquelle s'adresse le SA. La zone d'intervention peut être une ou plusieurs localités ou régions, voire un pays.

L'effectif et les caractéristiques de la population peuvent avoir une incidence déterminante sur les coûts, les modalités de gestion et la viabilité d'un SA. C'est pourquoi ces informations sont importantes à connaître.

Le SA ne s'adresse généralement pas à l'ensemble de la population de la zone d'intervention, mais à une partie de celle-ci, à savoir le public cible.

2.2 Le public cible

Le **public cible du SA** est constitué par l'ensemble des individus qui a la possibilité de devenir bénéficiaire du SA. Deux cas peuvent se présenter selon que le SA est à base territoriale ou à base socioprofessionnelle:

⁴ Le vocable «souscription» est également employé dans les systèmes commerciaux. Le terme «adhésion» est le plus couramment utilisé dans les SA existants. C'est pour cette raison qu'il sera employé dans ce guide.

- Pour un SA à base territoriale, le public cible est la part de la population de la zone d'intervention du SA qui a la possibilité de devenir bénéficiaire. Lorsque le SA donne la possibilité d'adhérer à toute la population de sa zone d'intervention, le public cible et la population de la zone d'intervention se confondent.

Exemple: A Bwamanda, en République démocratique du Congo, le public cible est constitué par l'ensemble de la population de la zone couverte par l'hôpital.

Cependant, un SA peut imposer des restrictions à l'adhésion des membres de la population de la zone d'intervention (par exemple dans le cadre d'un projet). Dans ce cas, le public cible et la population de la zone d'intervention se distinguent.

- Pour un SA à base socioprofessionnelle, le public cible est constitué uniquement des membres de la catégorie socioprofessionnelle qui ont la possibilité d'adhérer et, éventuellement, de leurs personnes à charge. Dans ce cas, le public cible et la population de la zone d'intervention du SA se distinguent.

Exemple: lorsqu'un SA est créé pour les salariés d'une entreprise, les individus ne faisant pas partie de celle-ci, même s'ils vivent ou travaillent dans la zone, ne feront pas partie du public cible.

Néanmoins, un SA à base socioprofessionnelle (ex. membres d'une coopérative) peut au cours des années, étendre le public cible à l'ensemble de la population de la zone d'intervention.

2.3 Les catégories de bénéficiaires

Il existe différentes catégories de bénéficiaires. Dans la suite du guide, les définitions suivantes seront utilisées.

L'adhérent, aussi appelé «**membre**», «**titulaire**» ou «**assuré**»⁵, est toute personne qui «adhère» au SA, c'est-à-dire celle qui verse des droits d'adhésion (ou droits d'entrée), s'engage à respecter les clauses du contrat et/ou les textes régissant le fonctionnement du SA (droits et obligations) et donc, entre autres, à verser des cotisations (ou primes). L'adhérent peut ouvrir le droit aux prestations du SA à un certain nombre de personnes qui dépendent de lui et sont appelées «**personnes à charge**»; ce sont généralement les conjoints et les enfants jusqu'à un certain âge ou toute autre personne dépendante de l'adhérent selon les règles définies par le SA. Les adhérents et les personnes à charge constituent les «**bénéficiaires**» du SA.

Pour bénéficier des services du SA, outre le versement des droits d'adhésion, l'adhérent doit s'acquitter du versement des cotisations. Or, certains adhérents ne le font pas. Une distinction est donc faite entre adhérents non cotisants et adhérents cotisants.

Les adhérents non cotisants sont les adhérents qui ont payé leurs droits d'adhésion, mais n'ont pas payé leurs cotisations pour la période considérée dans les délais définis par les contrats (et/ou statuts et règlements du SA). Les dépenses de santé de ces adhérents ne peuvent pas être prises en charge par le SA.

Dans la pratique mutualiste, on observe que certains adhérents ayant payé leurs droits d'adhésion, ne paient pas leurs cotisations. Ils ne sont pas pour autant considérés comme exclus de la mutuelle.

5 Les termes «adhérent» et «membre» sont les plus couramment utilisés dans les SA visés par ce guide. En matière d'assurance cependant, on parle davantage «d'assuré», en particulier pour les assurances commerciales. Ces notions sont similaires en termes de couverture du risque maladie.

Les adhérents cotisants sont ceux qui ont payé leurs cotisations pour la période considérée. Ils ont droit aux prestations du SA.

2.4 Les modes d'adhésion

La base d'adhésion, c'est-à-dire la plus petite unité en dessous de laquelle il n'est pas possible d'adhérer, peut varier d'un SA à l'autre ou parfois au sein même d'un SA. On considère généralement trois modes d'adhésion possibles selon que la base d'adhésion est:

- **L'individu.** Chaque personne adhère individuellement sans obligation d'appartenance à une famille ou à une collectivité.
- **La famille.** Tous les membres de la famille doivent être inscrits et payer leur cotisation. Les critères définissant la famille et la condition de «personne à charge» sont fixés à l'avance.

Exemple: au début de ses activités, le SA de Solano en Equateur (Amérique latine) disposait d'un mode d'adhésion individuel. Or, seuls les membres de la famille ayant des risques de maladie importants s'inscrivaient. Les gestionnaires du SA ont alors décidé que tous les membres de la famille devraient adhérer pour bénéficier des services du SA.

- **Un groupe d'individus, un village, une entreprise ou un groupement** (que les individus aient ou non des liens familiaux). Dans ce cas, les membres du groupe, du village ou de l'entreprise doivent adhérer en tant que groupe et non de manière individuelle.

2.5 Les types d'adhésion

Un individu peut disposer d'une liberté plus ou moins grande d'adhérer à un SA. Il est important d'analyser les différents types d'adhésion possibles. Les trois types d'adhésion sont:

- **L'adhésion volontaire.** L'adhésion est volontaire lorsque l'adhérent potentiel est libre d'adhérer ou non au SA.
- **L'adhésion automatique.** L'adhésion est automatique lorsque l'appartenance à un groupe (coopérative, village, syndicat, entreprise, etc.) entraîne automatiquement l'adhésion au SA. La décision d'adhérer au SA est prise librement par le groupe (et non individuellement). Elle n'est pas imposée par l'extérieur.

Exemple: une organisation mutualiste au Bénin est située à proximité d'un hôpital. Au cours des premières années, plus de la moitié des habitants du village ont adhéré volontairement. Réunis en assemblée générale, le village a décidé que lors de l'année suivante, tous les habitants devraient adhérer à la mutuelle. L'adhésion est devenue automatique pour les habitants du village.

- **L'adhésion obligatoire.** L'adhésion est obligatoire lorsque des individus, des familles ou des groupes peuvent être mis dans l'obligation d'adhérer sans que cette décision n'ait été prise par eux ou par leur groupe d'appartenance.

Exemple: l'adhésion des salariés d'une entreprise à un régime de sécurité sociale est le plus souvent obligatoire. Une catégorie socioprofessionnelle peut être mise, par la loi, devant l'obligation d'adhérer à un SA, comme c'est le cas des enseignants au Liban.

3

Les risques liés à l'assurance santé

Les risques liés à l'assurance santé sont de trois types:

- **Le risque de surprescription** (ou risque d'escalade des coûts). Il s'agit du risque d'une augmentation des coûts des prestations prises en charge par le SA en raison d'une hausse abusive de la quantité ou du coût des traitements dispensés par les prestataires.

Les prestataires peuvent provoquer une augmentation des coûts des soins pris en charge en prescrivant des soins inutiles, ou en utilisant des techniques plus coûteuses sans opposition de la part du malade, celui-ci sachant que l'assurance couvre les dépenses.

- **Le risque de surconsommation.** La surconsommation désigne le phénomène selon lequel les bénéficiaires du SA ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services pris en charge, de manière à «valoriser» au maximum les cotisations versées.

***Exemple:** au Bénin, un SA ne prend en charge que les hospitalisations dans un centre de santé. Dans le calcul des cotisations, le SA a tablé sur une fréquence d'hospitalisation de 0,05 cas par habitant et par an (5 hospitalisations pour 100 habitants en moyenne par an). Dès la troisième année de fonctionnement, les taux observés ont été supérieurs à 0,1. Après enquête, on a constaté que le chef de centre était soumis à une forte pression de la part des bénéficiaires demandant à être hospitalisés pour être couverts par le SA, sans que leur état ne le justifie.*

- **Le risque de sélection adverse.** Il correspond à l'éventualité que des personnes présentant un risque élevé de maladie adhèrent au SA dans une proportion plus importante que celle qu'elles représentent dans la population dans son ensemble. Autrement dit, selon les modalités d'adhésion⁶ et les prestations qu'il a retenues, le SA peut «attirer» une population plus exposée aux risques de maladie («mauvais risques») que la population en général.

***Exemple:** un SA propose de couvrir les accouchements. Il calcule que la fréquence d'accouchement dans la population est de 4,5 pour-cent (4,5 accouchements pour 100 personnes). Au bout d'un an, le SA constate des pertes importantes, les adhérents sont à 70 pour-cent des femmes et la fréquence d'accouchement parmi ses adhérentes est de 45 pour-cent. Ce SA est soumis à une sélection adverse importante.*

4

Les recettes et dépenses d'un SA

4.1 Les dépenses

Les dépenses sont regroupées en cinq catégories:

- **Les dépenses relatives aux services couverts.** Ces dépenses correspondent notamment au remboursement des dépenses de santé des bénéficiaires, au paiement des prestataires de soins, au versement d'allocations, etc. La couverture des prestations de santé constitue la principale dépense du SA.

⁶ Pour le SA, le choix des modalités d'adhésion est fondamental, car les risques qu'il prend ne sont pas les mêmes selon que l'adhésion est individuelle ou non, volontaire ou obligatoire. Plus la base d'adhésion est large, plus le risque de sélection adverse est réduit.

- **Les dépenses relatives aux services auxiliaires en matière de santé.** Les services auxiliaires en matière de santé concernent les services autres que l'assurance santé tels que les séances d'éducation à la santé ou le transport de malades. Les dépenses prises en compte ici sont les frais directement liés à ces services.
- **Les dépenses de fonctionnement.** Ces dépenses, également appelées dépenses de gestion, ont trait à l'administration et à la gestion du SA. Il s'agit des salaires du personnel, des frais de déplacement, des loyers, des fournitures de bureau, etc.
- **Les dépenses de formation et d'animation.** Ces dépenses comprennent notamment la rémunération de formateurs externes (ou d'animateurs), les frais de déplacement (liés à la formation ou à l'animation), le matériel didactique, la location des salles, l'hébergement des participants, etc.
- **Les autres dépenses.** Le SA effectue des dépenses qui ne rentrent pas dans l'une des catégories précédentes comme le versement de frais d'affiliation à une fédération ou à un système de réassurance.

4.2 Les recettes

Les recettes sont regroupées en cinq catégories:

- **Les cotisations.** La cotisation⁷ est une somme d'argent déterminée, versée périodiquement au SA par l'adhérent (ou par un tiers au bénéficiaire de l'adhérent), pour lui-même et éventuellement pour les personnes à sa charge, afin de bénéficier des services du SA.

La cotisation appliquée par le SA peut être:

- ✓ *forfaitaire ou liée aux revenus (ou au salaire) de l'adhérent.*
- ✓ *familiale ou individuelle.* Quatre cas sont possibles:
 - une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge;
 - l'adhérent et les personnes à charge paient la même cotisation;
 - deux taux de cotisations sont appliqués, avec ou sans personnes à charge;
 - les personnes à charge paient une cotisation inférieure à celle de l'adhérent;
- ✓ *dépendante ou indépendante des caractéristiques des bénéficiaires.* Trois cas sont possibles:
 - la cotisation est fixe. Elle est indépendante de la catégorie de bénéficiaires;
 - la cotisation est variable selon les risques personnels de santé des bénéficiaires (c'est la logique commerciale, au contraire de la logique mutualiste);
 - la cotisation est variable selon d'autres caractéristiques des bénéficiaires: âge, sexe, revenus, etc.

A des fins d'enregistrement comptable, on distingue:

- ✓ **Les cotisations émises** au cours d'un exercice, ou cotisations appelées. Ce sont les cotisations que le SA doit théoriquement recevoir en contrepartie de tous les contrats en cours.

⁷ Le terme «prime» est fréquemment utilisé dans les assurances commerciales et dans le cas où la «cotisation» est fixe. Dans le souci de ne pas alourdir la formulation, il sera fait usage uniquement du terme «cotisation» dans ce guide.

- ✓ **Les cotisations perçues.** Ce sont les cotisations que le SA a effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours.
- ✓ **Les cotisations acquises** (pour la période considérée). Elles correspondent à la part des cotisations émises destinée à la couverture des prestations pour la période correspondant à l'exercice comptable considéré.
- **Les droits d'adhésion.** Le droit d'adhésion, aussi appelé droit d'entrée, d'inscription ou d'admission, est un montant versé par l'adhérent lors de son inscription au SA. Il peut être remplacé par la vente de la carte d'adhérent ou du carnet d'adhésion⁸, ce qui est plus simple au niveau comptable et mieux accepté par les adhérents.

Le droit d'adhésion est généralement payé une seule fois. Deux exceptions sont cependant possibles:

- ✓ Lorsque le droit d'adhésion est remplacé par la vente de la carte d'adhérent, celle-ci est rachetée à chaque renouvellement.
- ✓ Certains SA prévoient de faire payer à nouveau le droit d'adhésion lorsqu'un individu a cessé de verser ses cotisations durant une période donnée, avant de reprendre ses versements.

Le droit d'adhésion est en principe non remboursable.

Dans certains SA, par exemple ceux ayant le statut de coopératives, les adhérents doivent participer à la constitution du capital. La contribution versée par un adhérent est généralement désignée par l'expression «parts sociales». L'adhérent reste propriétaire des parts sociales qu'il a versées; il les récupère lorsque son adhésion cesse.

- **Les dons et legs.** Les dons et legs sont des libéralités ou des subventions de l'Etat ou d'intervenants extérieurs (programmes de coopération, ONG ou autre source) cédés à titre gracieux au SA. Les dons et legs peuvent être faits en nature ou en espèces.
- **Les services auxiliaires.** Rémunérés ou non, les services auxiliaires constituent un ensemble de prestations offertes par le SA en complément de la couverture des soins de santé. Ils peuvent intéresser aussi bien les adhérents que les non-adhérents et, à ce titre, constituent une source distincte de recettes lorsqu'ils sont rémunérés. Il peut s'agir par exemple de services de transport de malades.
- **Les autres recettes.** Le SA peut avoir d'autres recettes provenant par exemple:
 - ✓ des intérêts sur des placements financiers;
 - ✓ des prestations de services facturées à des utilisateurs externes (location de salles ou de matériel, hébergement, etc.);
 - ✓ d'activités promotionnelles génératrices de revenus (tombolas, soirées culturelles, etc.).

Les états financiers

Le compte de résultat et le bilan ont une importance essentielle notamment dans le cadre de l'analyse de la viabilité financière du SA. Une présentation synthétique de ces deux outils est donc donnée ci-après. Elle se limitera néanmoins à leur description, sous forme simplifiée. Leur élaboration sort du champ de ce guide et n'est donc pas abordée.

⁸ Ces outils sont décrits dans la partie relative au suivi administratif et technique.

5.1 Le compte de résultat

Le **compte de résultat** (CdR) est le résumé des charges et des produits du SA au cours d'une période donnée, appelé «exercice» (un an généralement). Les charges sont les biens et services consommés définitivement et rattachés à un exercice. Les produits constituent les ressources acquises définitivement et rattachés à cette même période. La différence entre les charges et les produits constitue le résultat de l'exercice. Le CdR permet donc de calculer le résultat du SA pour un exercice donné.

Le tableau 1 décrit de manière simplifiée un CdR. Celui-ci contient de manière ordonnée dans la colonne de gauche, l'ensemble des charges auxquelles le SA a dû faire face. Dans la colonne de droite, le CdR reprend l'ensemble des produits enregistrés. Les charges et les produits ne sont comptabilisés que pour l'exercice pour lequel le CdR est établi. Pour équilibrer le CdR, le résultat est inscrit comme produit s'il est négatif et comme charge dans le cas contraire.

Tableau 1: Présentation simplifiée du CdR

Voir tome 2, page 4

Charges		Produits	
<i>Charges en prestations</i>			
Remboursement des adhérents	a1	Cotisations	(f)
Paiement des prestataires	a2		
<i>Sous-total prestations</i>	(a)	<i>Sous-total cotisations</i>	(f)
<i>Autres charges</i>			
Salaires ou indemnités	b1	Droits d'adhésion (ou d'entrée)	(g)
Loyers et charges	b2		
Frais de déplacement	b3		
Fournitures de bureau	b4		
Frais de formation et de promotion	b5		
<i>Sous-total autres charges</i>	(b)	<i>Sous-total cotisations + droits d'adhésion</i>	(f + g)
<i>Amortissement (dotation)</i>	(c)		
<i>Charges financières</i>	(d)	<i>Produits financiers</i>	(h)
<i>Charges exceptionnelles</i>	(e)	<i>Produits exceptionnels</i>	(i)
<i>Total charges</i>	A = a+b+c +d+e	<i>Total produits avant subvention</i>	B = f+g+h+i
Résultat avant subvention (excédent)	(Rb)* = B-A	Résultat avant subvention (déficit)	(Rb) = B-A
		Subvention d'exploitation***	(S)
Total charges	A	Total produits	C = B+S

Résultat après subvention	(R)** = C-A	Résultat après subvention	(R) = C-A
TOTAL	X	TOTAL	X

* Le résultat avant subvention (Rb) est repris en charges si $Rb > 0$ et en produits si $Rb < 0$.

** Le résultat (R) est repris en charges si $R > 0$ et en produits si $R < 0$.

*** La subvention d'exploitation est généralement reprise dans les produits d'exploitation.

Note: cette présentation du CdR fait apparaître plus facilement le résultat avant et après subvention.

5.1.1 Les charges

Pour simplifier la compréhension du CdR et son interprétation, les charges ont été classées en cinq catégories:

- **Les charges en prestations.** Elles sont constituées par la somme des montants des factures des prestataires, et/ou celle des demandes de remboursement des adhérents, dont le SA a accepté le paiement. Ces charges sont indiquées dans les rubriques a1, remboursement des adhérents, et a2, factures des prestataires. L'enregistrement comptable des prestations fait l'objet d'explications dans le tome 2.
- **Les autres charges (b).** Elles sont réparties en six catégories:
 - ✓ les salaires des employés et/ou les indemnités des adhérents du SA non-salariés, commis à une tâche (b1);
 - ✓ les loyers et les charges locatives (b2);
 - ✓ les frais de déplacement (b3);
 - ✓ les fournitures de bureau (outils de gestion, cartes, cahiers, etc.) (b4);
 - ✓ les frais de formation et de promotion (b5).
- **Les dotations aux amortissements (c).** Le SA a pu investir, par exemple en achetant un véhicule ou un ordinateur pour effectuer le suivi de ses activités. Il ne s'agit pas d'une charge à affecter à un seul exercice. En effet, cet investissement servira durant plusieurs années. On impute au CdR uniquement la part de l'amortissement du bien correspondant à l'exercice.
- **Les charges financières (d).** Il s'agit notamment des intérêts d'emprunts, des frais de gestion de comptes bancaires et d'autres frais financiers directement liés à l'activité d'assurance santé.
- **Les charges exceptionnelles (e).** Une ligne a été réservée pour les charges du SA qui ne résultent pas de son activité ordinaire.

5.1.2 Les produits

La colonne de droite du CdR reprend l'ensemble des produits réalisés par le SA durant l'exercice. Par simplification, les différents produits du SA sont répartis en six catégories:

- **Les cotisations (f).** L'enregistrement des cotisations au CdR mérite une attention particulière et est présentée dans le tome 2.
- **Les droits d'adhésion (g).**

- **Les produits financiers (h).** Il s'agit de tous les produits résultant des placements financiers réalisés par le SA.
- **Les produits exceptionnels (i).** Il s'agit de tous les produits qui ne sont pas liés à l'activité ordinaire du SA.
- **Les subventions d'exploitation (S).** Il s'agit de l'ensemble des subventions d'exploitation dont a bénéficié le SA durant l'exercice.

5.1.3 Le résultat

Le résultat est la différence entre les produits (C) et les charges (A) pour un même exercice $[(R) = C - A]$. Si le résultat est positif, cela signifie que le SA a réalisé un excédent (bénéfice) pour l'exercice. Celui-ci est enregistré dans la colonne des charges (gauche). Dans le cas contraire, le SA a été déficitaire. Le résultat est enregistré dans la colonne des produits (droite).

Pour l'analyse financière, il est utile de calculer un résultat avant subvention d'exploitation $[(Rb) = B - A]$ et un résultat après subvention, en particulier lorsque celle-ci n'est pas renouvelable.

5.2 Le bilan

Le bilan est la «photographie» de la situation du patrimoine à une date donnée. Il se présente sous la forme d'un tableau synthétique de deux colonnes. Dans celui-ci, figurent l'emploi des ressources du SA (ce qu'il «possède»), appelé «actif» (colonne de gauche) et l'origine des ressources (colonne de droite), appelé «passif».

Le tableau 2 décrit de manière simplifiée un bilan comptable. La présentation de l'actif, et du bilan en général, doit respecter des formes précises. Les valeurs de l'actif sont classées par ordre de liquidité croissante, où la liquidité est définie comme la facilité d'un bien ou d'une créance à être transformée sous forme monétaire (disponible). Les valeurs les moins liquides sont placées au haut de l'actif, les plus liquides au bas⁹.

Les valeurs du passif (colonne de droite) sont classées par ordre d'exigibilité croissante. Les valeurs les moins exigibles sont placées au haut du passif, les plus exigibles au bas.

5.2.1 L'actif

Les éléments de l'actif peuvent être regroupés en deux catégories:

- **Les actifs immobilisés.** Ce sont les ressources immobilisées (11) destinées à rester durablement dans le SA. Ils comprennent:
 - ✓ Les *immobilisations incorporelles* (11.1). Ce sont des éléments immatériels ayant une contribution économique, par exemple: frais d'établissement, droits au bail, brevets, fonds commercial.
 - ✓ Les *immobilisations corporelles* (11.2). Ce sont des biens ayant une valeur de revente tels que les terrains, les édifices, le mobilier, les véhicules.
- **Les actifs circulants:** ce sont les éléments de l'actif qui ne sont pas destinés à rester durablement dans le SA. Ils comprennent:

⁹ Concernant la présentation dans les bilans américains, la règle est identique, mais inversée. Les valeurs les plus liquides sont placées en haut de l'actif, les moins liquides en bas de l'actif.

- ✓ Les créances à long terme (12), c'est-à-dire celles dont l'échéance est supérieure à un an.
- ✓ Les stocks (13).
- ✓ Les créances à court terme (14), c'est-à-dire celles dont l'échéance est inférieure à un an.
- ✓ Les placements financiers (15).
- ✓ Les valeurs disponibles (16), à savoir les avoirs en banque (16.1) et en caisse (16.2).
- ✓ Une dernière catégorie de comptes est constituée par les comptes de régularisation (17). En fin d'exercice, au niveau du CdR ne sont comptabilisés que les charges et produits rattachés à l'exercice. Or, la saisie de l'information en temps réel entraîne des décalages chronologiques. Par exemple, le SA peut enregistrer au cours d'un exercice des produits se rapportant à l'exercice suivant. Il convient dès lors de faire un tri (régularisation) entre charges et produits. Dans la pratique, on ne supprime pas les enregistrements de charges ou produits ne correspondant pas à l'exercice mais on neutralise leur effet sur le résultat en utilisant des comptes appelés «comptes de régularisation». Cette procédure est particulièrement importante en ce qui concerne la comptabilisation des cotisations et les dettes auprès des prestataires (voir tome 2).

Tableau 2: Présentation simplifiée du bilan¹⁰

Voir tome 2, page 6

Emploi des ressources			Origine des ressources		
	Actif	(N°)	Passif	(N°)	
Actif immobilisé	Immobilisations:	11	Réserves	1	Capitaux propres
	✓ Immobilisations incorporelles	11.1	Résultat (excédent/perte) de l'exercice	2	
	✓ Immobilisations corporelles	11.2	Subventions d'investissement	3	
Actif circulant	Créances à long terme	12	Dettes à long terme	4	Dettes
	Stocks	13	Dettes à court terme:	5	
	Créances à court terme	14	✓ Prestataires	5.1	
	Placements financiers	15	✓ Adhérents	5.2	
	Valeurs disponibles:	16	✓ Autres fournisseurs	5.3	
	✓ Comptes bancaires	16.1			
✓ Caisses	16.2				
	Comptes de régularisation	17	Comptes de régularisation	6	
Total de l'actif		18	Total du passif	7	

10 Il s'agit de la présentation du bilan avant répartition du résultat.

5.2.2 Le passif

Les éléments du passif peuvent être regroupés en trois catégories:

- **Les capitaux propres:** ils sont constitués des réserves (1), du résultat (excédent/perte) de l'exercice (2) et des subventions d'investissement (3).
- **Les dettes:**
 - ✓ **Les dettes à long terme** (4). Le SA a pu avoir recours à un emprunt à long terme (échéance à plus d'un an) pour financer certains éléments d'actif.

Les capitaux propres et les dettes à long terme constituent **les capitaux permanents** du SA.

- ✓ **Les dettes à court terme** (5). Le SA peut, à la date d'élaboration du bilan, avoir des dettes à payer à court terme (échéance à moins d'un an). Les dettes à court terme sont en général distinguées selon qu'il s'agisse de dettes envers:
 - les prestataires (5.1);
 - les adhérents (5.2);
 - les autres fournisseurs (5.3).

5.2.3 Le résultat

Le résultat est mesuré, au bilan, par la différence entre l'actif et le passif. Le montant du résultat indiqué au bilan est le même que celui du CdR. Après insertion du résultat, le total de l'actif (18) et le total du passif (7) sont égaux. En dehors de toute considération légale, l'affectation du résultat relève de la gestion financière du SA (réserves, report à nouveau, etc.). Dans la présentation du bilan retenue ici, ce résultat n'est pas encore affecté et apparaît dans un compte spécifique (2).

Partie II

Éléments de suivi

Comme dans toute entreprise, les gestionnaires du SA doivent apprécier en permanence le déroulement des activités et disposer des informations nécessaires à la prise de décisions. Pour ce faire, ils doivent compter sur un système de suivi adapté. Celui-ci est constitué par une série d'outils et de mécanismes. Cette partie décrit ceux d'entre eux qui sont à utiliser pour :

- le suivi administratif et technique;
- le suivi du budget et de la trésorerie.

Ces deux aspects du suivi ont été privilégiés car ils sont directement utiles à l'évaluation présentée dans les parties III et IV. Cette même articulation entre les parties du guide a conduit à placer certains outils servant à la fois au suivi et à l'évaluation (par exemple certains ratios financiers) dans la partie évaluation.

Le suivi comptable n'est pas présenté en tant que tel. La procédure comptable inclut de manière continue des contrôles internes qui servent à la vérification des écritures et des sommes effectuées. Ces contrôles relèvent donc de la comptabilité et non du suivi. En matière de comptabilité, le suivi se limite donc à vérifier que la procédure comptable est respectée. Cela est important mais ne demande pas une description particulière dans le cadre de ce guide.

Cette partie est plus particulièrement destinée aux gestionnaires des SA. Elle présente également un intérêt certain pour les structures d'appui et les évaluateurs qui y trouveront les éléments de suivi employés lors de l'évaluation.



Le suivi administratif et technique de l'assurance santé

Les gestionnaires doivent effectuer un suivi administratif et technique régulier principalement pour :

- connaître à tout moment l'identité et le nombre des adhérents et des bénéficiaires;
- recouvrer les cotisations dues;
- être en mesure de faire les vérifications nécessaires quant aux droits aux prestations des bénéficiaires et aux paiements des prestataires;
- verser les prestations aux bénéficiaires et/ou payer les prestataires;
- effectuer une surveillance du portefeuille de risques.

Ce dernier point mérite une explication. L'une des caractéristiques de l'assurance est le fait que le prix de revient (le coût) d'un produit d'assurance n'est pas connu d'avance avec précision. Il dépend, en particulier, de la survenue d'événements imprévisibles (maladie ici) dont la fréquence ne peut être qu'estimée, de l'évolution du coût des prestations prises en charge et de la maîtrise des risques liés à l'assurance santé (par exemple le risque que les prestataires prescrivent des soins en excès).

La **surveillance du portefeuille de risques** consiste à contrôler l'évolution de ces différents paramètres du prix de revient du produit d'assurance. Ce contrôle est nécessaire pour anticiper ou corriger des dysfonctionnements provenant des risques liés à l'assurance santé, à savoir la surprescription, la surconsommation et la sélection adverse. Il permet également

de revoir le montant de la cotisation¹¹ en fonction de l'évolution des coûts moyens des prestations prises en charge par le SA et des fréquences de survenue des risques parmi les bénéficiaires.

Ce chapitre a pour but de décrire les principaux outils du suivi administratif et technique et les activités à assurer dans le cadre de ce suivi. La démarche consiste ici à présenter successivement:

- *les supports et documents de gestion utiles au suivi administratif et technique;*
- *les activités de suivi et les outils complémentaires correspondants.*

1.1 Les outils et documents de gestion utilisés pour le suivi administratif et technique

Les outils de gestion utilisés par les SA présentent une grande diversité. Les outils décrits dans cette section sont les plus couramment utilisés.

Il appartient aux gestionnaires de mettre en place des outils de gestion adaptés aux caractéristiques du SA plutôt que de reproduire tels quels ceux présentés ci-après à titre d'exemple. Néanmoins, les gestionnaires devront veiller à ce que tous les éléments d'information requis pour effectuer un bon suivi et une rigoureuse évaluation soient effectivement incorporés aux outils qu'ils utilisent.

1.1.1 La carte d'adhérent

La carte d'adhérent constitue le «passeport» du bénéficiaire. Elle atteste qu'il a droit aux services du SA. Elle se présente sous différentes formes:

- *Elle peut être individuelle (une pour chaque bénéficiaire).* Elle comprend alors les informations (numéro d'identification, nom, prénoms, âge, adresse, etc.) permettant d'identifier précisément le bénéficiaire. Elle comporte généralement une indication du paiement des cotisations (cachet ou timbre, date de paiement).
- *Elle peut être familiale.* Elle comprend, alors, en plus des informations concernant l'adhérent, celles relatives à chacune des personnes à charge (conjoint, enfants, etc.).

D'autres formules existent. Par exemple, un groupement peut remplacer la carte d'adhésion par une «carte du groupement» que chaque malade (ou sa famille) devra retirer avant de recourir aux soins, accompagnée d'une lettre de garantie à l'attention du prestataire, mentionnant les informations relatives au malade (nom, prénoms, âge, sexe, etc.).

Dans certains SA, la carte sert également de carnet de santé. Elle comporte alors plusieurs pages vierges que les prestataires peuvent utiliser pour inscrire les actes et les prescriptions, ce qui est intéressant en termes de suivi, mais contraire à l'éthique médicale en vertu de la confidentialité des informations médicales. Une séparation des informations dans deux documents distincts est souhaitable.

1.1.2 La fiche d'adhésion et de cotisation

La fiche d'adhésion et de cotisation est un outil de gestion administrative et de suivi, conservé au niveau du SA. Elle permet d'enregistrer les opérations concernant chaque

¹¹ Ce guide n'a pas pour vocation de fournir les méthodes de calcul des cotisations qui relèvent davantage de la gestion que du suivi de l'assurance santé. Pour plus de détails sur ce calcul voir BIT-STEP, ANMC, WSM: «Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs», 2000, pages 201-205.

adhérent et ses personnes à charge. La fiche permet un suivi individuel des adhérents. Elle contient généralement:

- les informations portées sur la carte d'adhérent (avec un numéro d'identification identique);
- les montants émis de droits d'adhésion et de cotisations (et les dates d'émission);
- les montants perçus de droits d'adhésion et de cotisations (et les dates de paiement);
- les montants à percevoir à échéances;
- les intitulés des pièces justificatives;
- les dates de début et de fin de prise en charge.

La fiche doit être actualisée de manière périodique.

Dans certains SA, ces fiches n'existent pas. Les informations sont alors directement reprises (en totalité ou en partie) dans les registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.

1.1.3 Le registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion

Le registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion est un outil de gestion administrative et de suivi permettant de donner une vision globale des adhésions, du paiement des cotisations et des droits d'adhésion.

Les informations contenues dans le registre doivent également permettre de réaliser régulièrement un état:

- du nombre de bénéficiaires (adhérents et personnes à charge);
- du nombre de nouvelles adhésions et de radiations au cours d'un exercice;
- des droits d'adhésion et des cotisations non versés;
- du renouvellement des adhésions.

Certains SA utilisent un double registre, l'un relatif aux adhésions (nombre de bénéficiaires, caractéristiques, etc.), l'autre relatif aux paiements des cotisations et des droits d'adhésion. Ce dernier est également appelé «registre des cotisations».

1.1.4 La lettre de garantie

La lettre de garantie, ou autorisation de prise en charge, est un document utilisé par les SA qui cherchent à réaliser un contrôle des droits aux prestations du SA avant que les bénéficiaires ne recourent aux soins.

La lettre de garantie comporte les informations relatives au malade qui autorisent le prestataire à soigner celui-ci dans les conditions prévues par la convention signée avec le SA. Les lettres de garantie sont généralement préimprimées et rassemblées dans un carnet à souche conservé par le SA.

Le bénéficiaire devra se présenter au SA pour obtenir la lettre de garantie. Il devra ensuite présenter celle-ci au prestataire pour être pris en charge. La lettre de garantie sera jointe à l'attestation de soins ou à la facture produite par le prestataire.

1.1.5 L'attestation de soins

L'**attestation de soins**, ou bon de soins, est un document délivré par le prestataire de soins au malade attestant qu'il a été soigné et indiquant le montant que le SA devra rembourser. Le malade reçoit généralement ce document lorsqu'il quitte la formation médicale, le jour même pour les petits risques et après un certain temps, pour les gros risques.

Cette attestation de soins n'est délivrée qu'après le versement par le malade du copaiement à sa charge (voir partie III, section 2).

Cette attestation comporte les informations suivantes: le nom du prestataire de soins, le nom du SA, les informations utiles contenues dans la carte d'adhésion (le numéro d'identification, le nom du bénéficiaire, le nom de l'adhérent, etc.), le détail des actes délivrés au malade, le montant facturé au SA, la date des soins (ou de séjour à l'hôpital), le montant du copaiement acquitté par le malade, la signature du prestataire et celle du malade (ou éventuellement son empreinte digitale).

L'attestation de soins est généralement établie en deux exemplaires:

- L'un pour le prestataire. Il l'utilisera pour établir la facture destinée au SA.
- L'autre pour le SA. Cet exemplaire est transmis par le malade aux gestionnaires. Ces derniers pourront ainsi réaliser un contrôle et évaluer le montant de la facture du prestataire avant même de la recevoir.

1.1.6 La facture du prestataire de soins

La **facture** est établie par le prestataire de soins selon une fréquence – le plus souvent chaque mois, voire chaque trimestre – convenue avec le SA. Elle regroupe l'ensemble des soins délivrés aux bénéficiaires durant la période considérée.

La facture comporte généralement les informations suivantes: le nom du prestataire et du SA, la période couverte par la facture, le détail des éléments facturés (c'est-à-dire le numéro d'identification du bénéficiaire, la date d'entrée et de sortie ou de visite, le montant, etc.), la date d'émission de la facture et éventuellement, suivant l'accord passé avec le SA, le délai de paiement.

Dès réception, les informations contenues dans la facture seront utilisées afin de réaliser un contrôle des droits aux prestations, de vérifier la correspondance des soins prestés avec les attestations (lorsque celles-ci sont utilisées), de relever les consommations de soins et d'en effectuer le suivi.

1.1.7 Le registre des prestations prises en charge

Le **registre des prestations prises en charge**, ou registre de suivi des prestations ou des «prises en charge», est un document répertoriant l'ensemble des prestations prises en charge par catégorie d'actes. Il est établi sur la base des factures des prestataires (ou des demandes de remboursement) et des attestations de soins après vérification des droits des bénéficiaires.

C'est un document essentiel de suivi puisqu'il permet de connaître précisément la consommation des bénéficiaires et les dépenses en prestations réalisées à leur profit.

1.2 Le suivi des fonctions de gestion de l'assurance

Les outils et supports de gestion décrits dans la section précédente contribueront à la réalisation d'un suivi administratif et technique efficace. Des outils complémentaires seront également à utiliser. Ces outils ainsi que les activités de suivi sont présentés ci-dessous, autour des quatre fonctions de gestion de l'assurance, à savoir:

- la production du contrat d'assurance;
- le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion;
- le traitement des demandes de prise en charge;
- la surveillance du portefeuille de risques.

1.2.1 La production du contrat d'assurance¹²

La **production du contrat** est constituée de toutes les activités établissant le lien entre le SA et l'adhérent. Elles comprennent:

- l'inscription des adhérents (enregistrement dans les registres/fiches d'adhésion);
- l'application du barème de cotisation;
- l'établissement du contrat et sa signature;
- l'élaboration de la carte d'adhésion.

Ici, la production et le traitement de l'information sont réalisés à l'aide des cartes d'adhérent, des fiches d'adhésion et des registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.

Grâce à ces outils, les gestionnaires devront être en mesure de connaître à tout moment:

- l'identité et le nombre de bénéficiaires inscrits (adhérents et personnes à charge);
- les périodes de prise en charge des bénéficiaires;
- les adhérents en retard de versement des cotisations;
- les adhérents exclus temporairement ou définitivement.

Si les gestionnaires ne disposent pas des outils correspondants, ils devront pour le moins construire périodiquement une liste des adhérents reprenant les informations susmentionnées.

Afin d'apprécier la dynamique d'adhésion, les gestionnaires auront intérêt également à disposer d'une bonne connaissance du public cible. En effet, le nombre d'adhésions dépend étroitement de l'effectif et des caractéristiques de ce public.

Les gestionnaires pourront créer un outil complémentaire de suivi conforme au tableau 3 présenté ci-dessous. Ce tableau décrit:

- *La taille et la densité de la population de la zone d'intervention du SA et de son public cible.* Cette information est très utile dans le cadre de l'analyse de la viabilité du SA. Il existe en effet un lien entre le nombre d'adhérents (fonction de la taille et des caractéristiques du public cible) et la viabilité d'un SA.

12 Dans une mutuelle, le contrat n'est pas formalisé. La démarche présentée s'applique néanmoins de manière similaire.

- *Le niveau de revenu de la population de la zone d'intervention du SA et de son public cible.* Cet élément permet de juger en première approximation de la capacité contributive du public cible et de l'intérêt que peut représenter le SA. En principe, ces informations devraient être complétées par la part du budget familial consacrée à la santé.
- *Le nombre moyen de bénéficiaires par ménage.* C'est un élément important à connaître pour définir les différentes catégories de bénéficiaires du SA et le mode d'adhésion adéquat.

Tableau 3: Caractéristiques sociodémographiques de la population et du public cible

Voir tome 2, page 12

	Données	Année de référence	Source de données
Population de la zone d'intervention du SA			
1. Effectif (X)			
2. Densité (Y)			
3. Revenu annuel moyen			
Public cible du SA			
4. Effectif (P)			
5. Taille en pourcentage de la population de la zone d'intervention			
6. Nombre moyen de membres par ménage			
7. Revenu annuel moyen			

Les gestionnaires mettront à jour ce tableau lorsqu'ils pourront accéder à des données actualisées (la production de ces données ne relevant pas de la compétence du SA).

1.2.2 Le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion

La seconde fonction de gestion de l'assurance étudiée est le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. Un adhérent peut avoir adhéré et être inscrit sans être à jour dans le paiement de ses cotisations. Les activités liées au recouvrement sont:

- l'encaissement des sommes dues;
- le suivi des encaissements en cas de paiement fractionné;
- le recouvrement des créances;
- l'enregistrement et la délivrance des pièces justificatives (reçus, etc.).

Ici, l'information sera collectée et systématisée à l'aide du registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion, des fiches d'adhésion et de cotisation (éventuellement) et des pièces justificatives (factures, reçus, etc.).

Dans la mesure où le SA s'est engagé à prendre en charge les bénéficiaires, les gestionnaires doivent connaître de façon précise le nombre de ceux qui ont droit aux prestations et leurs caractéristiques. Pour ce faire, il faut distinguer, comme il a été indiqué précédemment, le nombre d'adhérents inscrits de celui des «adhérents cotisants», c'est-à-dire de ceux qui versent leurs cotisations.

Un outil complémentaire de suivi doit être construit: la fiche de suivi du nombre de bénéficiaires. Le but de cette fiche (tableau 4) est de permettre une analyse relative:

- à l'évolution du nombre de bénéficiaires, selon les différentes catégories et le type d'adhésion;
- au niveau de renouvellement des adhésions. S'il est mis en évidence que beaucoup d'adhérents ne renouvellent pas leur adhésion, les gestionnaires devront en chercher les causes et prendre des mesures correctrices;
- à d'éventuelles anomalies notamment en ce qui concerne le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant.

La fiche donnée en exemple propose un suivi mensuel. La fréquence est à adapter selon la situation et les caractéristiques du SA:

- Pour les SA où la période d'adhésion n'est pas limitée dans le temps (SA à période ouverte d'adhésion) et pour les SA où le paiement de la cotisation est fractionné, le suivi mensuel est conseillé.
- Pour les SA où la période d'adhésion est limitée dans le temps (SA à période fermée d'adhésion) et à paiement unique, la fréquence peut être espacée. Le suivi reste nécessaire étant donné que le nombre de bénéficiaires peut varier au cours de l'année (décès, naissances, départs, etc.).

La fiche peut être tenue manuellement sur la base des registres d'adhésion et des fiches d'adhésion. Soulignons que dans le cas de SA à période d'adhésion ouverte (adhésion tout au long de l'année), le suivi du nombre de bénéficiaires sera grandement facilité par l'utilisation de systèmes informatiques.

L'exemple de fiche présenté ci-dessous permet un suivi mensuel du nombre de bénéficiaires, pour trois années. Les moyennes annuelles permettront une comparaison d'une année sur l'autre.

Tableau 4: Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires

Voir tome 2, page 17

Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N-2												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Moy. an.
Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N-1												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Moy. an.
	Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires	Année N												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Moy. an.
X1	Nouveaux adhérents													
X2	Retraits d'adhérents													
X	Total des adhérents cotisants (solde)													
Y1	Nouveaux bénéficiaires													
Y2	Retraits de bénéficiaires													
Y	Total des bénéficiaires (solde)													
	Bénéficiaires par type d'adhésion													
Z1	Adhésion volontaire													
Z2	Adhésion automatique													
Z3	Adhésion obligatoire													
Y/X	Taille moyenne des familles													

1.2.3 Le traitement des demandes de prise en charge

La troisième fonction de gestion de l'assurance faisant l'objet d'un suivi administratif est le traitement des demandes de prise en charge (remboursement des adhérents et/ou paiement des prestataires). Une bonne gestion de ces demandes nécessite que quatre activités soient assurées par le SA:

- la vérification des droits aux prestations;
- la délivrance des lettres de garantie;
- le contrôle des factures des prestataires;
- l'ordonnancement du remboursement (et/ou du paiement) et son exécution.

Une activité doit être réalisée par les prestataires de soins. Il s'agit de la délivrance des attestations de soins.

Ici, l'information est collectée et systématisée à l'aide de plusieurs des outils suivants, selon les cas:

- les cartes d'adhésion;
- les registres d'adhésion et de paiement des cotisations et des droits d'adhésion (et/ou fiches d'adhésion) ou éventuellement une liste des bénéficiaires ayant droit aux prestations (ou exclus des droits);
- les factures des prestataires;
- les lettres de garantie;
- les attestations de soins;
- la liste des tarifs servant de base à la facturation des prestataires;
- le registre des prestations prises en charge.

Des indications complémentaires sont données concernant certaines activités rentrant dans le traitement des demandes de prise en charge.

a) La vérification des droits aux prestations et la délivrance des lettres de garantie

La demande de remboursement des adhérents et/ou de paiement des prestataires doit être contrôlée à deux niveaux:

- *Au niveau du SA.* La mise à jour périodique des registres et/ou des fiches d'adhésion permet le retrait des cartes non valides. Les activités à réaliser sont:
 - ✓ l'actualisation des registres ou des fiches d'adhésion;
 - ✓ le retrait périodique des cartes non valides;
 - ✓ la construction périodique éventuelle d'une liste de bénéficiaires ayant droit aux prestations (ou d'une liste de bénéficiaires exclus des droits).

Le contrôle avant le recours aux soins demande que l'adhérent se présente au SA avant de se diriger vers l'un des prestataires. Le SA devra contrôler que:

- ✓ le malade est bien inscrit sur la fiche d'adhésion de l'adhérent;
- ✓ l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

Si ces deux conditions sont remplies¹³, le SA délivrera une lettre de garantie et, éventuellement, orientera la personne vers le bon prestataire.

- *Au niveau du prestataire.* Le contrôle est effectué sur la base des cartes d'adhésion, des lettres de garantie ou à défaut d'une liste de bénéficiaires ayant droit aux prestations du SA (ou exceptionnellement sur une liste d'exclus n'ayant plus droit aux prestations du SA). Le prestataire a intérêt à faire ce contrôle si le paiement de ses factures par le SA en dépend.

b) Le contrôle des factures des prestataires

Le second type d'activités à mener par les gestionnaires dans le cadre du suivi des demandes de prise en charge est le contrôle des factures des prestataires. Le contrôle peut prendre différentes formes:

- la comparaison entre les factures des prestataires, détaillées par soins, et les attestations de soins remises aux bénéficiaires;
- le contrôle de la tarification utilisée pour établir les factures du prestataire.

Ces activités doivent être complétées par une classification administrative rigoureuse. Elles sont indispensables afin d'éviter ou d'anticiper certains abus de la part des prestataires de soins qui entraîneraient une escalade des coûts. Le contrôle est grandement facilité par l'utilisation de formulaires préimprimés, notamment des attestations de soins, des factures standardisées, etc.

c) L'ordonnancement du remboursement (et/ou du paiement) et son exécution

Après la vérification des droits aux prestations et le contrôle des factures des prestataires, il sera nécessaire de:

- autoriser le paiement des prestataires et/ou le remboursement des soins aux adhérents;
- exécuter le paiement et/ou le remboursement;
- contrôler l'exécution sur la base des relevés bancaires et/ou des outils comptables (pièces justificatives, journal de caisse, journal de banque).

1.2.4 La surveillance du portefeuille de risques

Le portefeuille de risques est l'ensemble des contrats, écrits ou non, en cours de validité. Chaque contrat couvre une ou plusieurs personnes contre une certaine quantité de risques qui correspondent aux services de santé couverts. Afin d'analyser le portefeuille, il convient d'abord de recenser les différentes garanties offertes à chaque bénéficiaire, une garantie correspondant à un risque donné. En définitive, un portefeuille est constitué d'un ensemble de contrats, qui sont eux-mêmes composés d'un ensemble de garanties ou risques couverts.

Pour suivre le portefeuille de risques, il est nécessaire de disposer d'un système d'information adéquat. Au minimum, les gestionnaires doivent disposer d'informations sur le nombre, le montant, la fréquence et le coût moyen des prestations prises en charge. Pour ce faire, les gestionnaires doivent utiliser différents types d'outils (ou fiches de suivi) conformes à ceux présentés ci-dessous. Ce suivi peut être fait à la main sur un échantillon représentatif du portefeuille si celui-ci est important en volume ou sur la totalité du portefeuille, si des moyens informatiques sont disponibles.

13 Dans le cas où il existe un plafonnement des prises en charge sur une période donnée, le SA devra également vérifier que ce plafond n'a pas été atteint pour la personne considérée.

Les fiches de suivi sont des outils qui permettent de suivre dans le temps l'évolution des prestations prises en charge et de repérer les anomalies. Les causes de ces anomalies sont souvent multiples et le recours à des études complémentaires afin d'identifier les mesures correctives à mettre en œuvre est à envisager (études de coûts, de relations avec les prestataires, etc.).

Quatre fiches de suivi sont présentées¹⁴. Elles concernent:

- le nombre et le montant des prestations prises en charge par prestataire;
- la répartition du nombre et des coûts des prestations prises en charge;
- les coûts moyens des prestations prises en charge;
- les fréquences de risques (ou d'utilisation des services) des bénéficiaires.

Un des objectifs du suivi ici est de s'assurer que toutes les garanties sont viables techniquement (stabilité des coûts et de fréquences ou évolution maîtrisée). En cas de dérapage, il convient alors d'étudier la meilleure façon d'apporter des mesures correctrices – mise en place d'un copaiement, suppression de certaines garanties, etc. – et le cas échéant d'ajuster le calcul des cotisations.

a) Les fiches de base des prestations prises en charge par prestataire

Les gestionnaires doivent synthétiser, dans des tableaux de base par prestataire, le nombre et le coût des prestations prises en charge, classées par catégorie. Le tableau 5 illustre des fiches de base construites par le SA pour trois prestataires durant une année donnée (suivi mensuel). La classification par catégorie dépendra des services offerts par le SA. Elle peut s'inspirer du référentiel de services couverts utilisé dans le tableau 12.

b) La fiche de suivi de la répartition du nombre et des coûts des prestations prises en charge

Le tableau 6 est construit sur la base des fiches précédentes. Il permet de consolider les données concernant le nombre et le montant des différentes prestations prises en charge et de calculer leur importance relative.

Cette fiche peut être remplie avec une fréquence inférieure à la précédente, par exemple tous les trimestres si les fiches de base (tableau 5) sont mensuelles. La fiche peut également être segmentée par prestataire.

La fiche permet aux gestionnaires d'avoir une vue d'ensemble quant aux services les plus utilisés par les bénéficiaires et à ceux qui représentent les coûts les plus importants pour le SA. La connaissance de ces deux éléments est utile en particulier pour:

- tenir compte de la demande de services (besoins) dans une éventuelle modification des garanties (type de services couverts et modalités de prise en charge);
- la définition de priorités et de mesures visant la réduction des coûts.

14 Il est rappelé que les fiches de suivi ci-dessous sont présentées à titre illustratif. Les gestionnaires de SA devront adapter leur forme et la fréquence du suivi aux caractéristiques du SA (services couverts, organisation et structure du SA).

Tableau 5: Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire

Voir tome 2, page 20

Services couverts		Année N-2												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														

Services couverts		Année N-1												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														

Services couverts		Année N												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
1	Soins ambulatoires													
2	Médicaments													
3	Interventions chirurgicales non programmées													
4	Interventions gynéco-obstétricales													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées													
6	Hospitalisations programmées													
7	Spécialités													
Total														
Coût des prestations														
1	Soins ambulatoires													
2	Médicaments													
3	Interventions chirurgicales non programmées													
4	Interventions gynéco-obstétricales													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées													
6	Hospitalisations programmées													
7	Spécialités													
Total														

Tableau 6: Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge

Voir tome 2, page 23

	Catégorie de services couverts Année N-2	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins d					
Médico					
Interve					
non pr					
Interve					
Hospit					
non pr					
Hospit					
Spécia					
Total					

	Catégorie de services couverts Année N-1	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins d					
Médico					
Interve					
non pr					
Interve					
Hospit					
non pr					
Hospit					
Spécia					
Total					

	Catégorie de services couverts Année N	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins ambulatoires aigus					
Médicaments					
Interventions chirurgicales non programmées					
Interventions gynéco-obstétricales					
Hospitalisations médicalisées non programmées					
Hospitalisations programmées					
Spécialités					
Total					

c) La fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge

Sur la base des fiches présentées dans le tableau 5, il s'agit de construire une fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge par le SA.

La fiche permet de:

- Vérifier si les coûts moyens des prestations utilisés dans le calcul des cotisations sont conformes à la réalité (en particulier pour les SA en phase de démarrage).
- Repérer d'éventuels dérapages. Les gestionnaires du SA doivent rechercher les causes d'une augmentation du coût moyen. Ils peuvent être amenés à recourir aux services d'un médecin-conseil, notamment pour analyser les pratiques et d'éventuels abus des prestataires de soins.

Cette fiche est particulièrement utile lorsque les prestations ne font pas l'objet d'une facturation forfaitaire, mais d'une facturation à l'acte (voir partie III, section 2.1.2).

En fait, une augmentation du coût moyen d'une prestation ne signifie pas forcément qu'il y a surprescription. Cette augmentation peut être due par exemple:

- à une augmentation tarifaire connue du SA;
- au recours à des moyens de diagnostic ou de thérapie plus spécialisés (achat d'un échographe ou ouverture d'un service de réanimation par exemple);
- à la survenue d'une épidémie ayant nécessité un traitement spécifique particulièrement coûteux.

Si des dérapages ont été constatés, la comparaison entre le coût moyen d'une prestation pour un bénéficiaire et un non-bénéficiaire peut être nécessaire pour confirmer l'existence d'une surprescription.

d) La fiche de suivi des fréquences de risques (ou d'utilisation des services) des bénéficiaires

Sur la base des fiches de base (tableau 5) et de la fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4), il s'agit de construire une fiche permettant de suivre la fréquence des risques chez les bénéficiaires, c'est-à-dire le nombre de fois que ceux-ci utilisent les différents services couverts par le SA. Les données comparées sur plusieurs périodes (mois/années) ou sur la base des fréquences de risques de la population totale permet de repérer d'éventuelles anomalies.

Cette fiche permet de vérifier si les fréquences utilisées dans le calcul des cotisations sont conformes à la réalité (en particulier pour les SA en phase de démarrage).

Cette fiche est également utile pour identifier des abus de la part:

- des bénéficiaires liés au risque de surconsommation et/ou à la sélection adverse. Par exemple, c'est le cas lorsque le nombre des prestations de «maternité» est en forte augmentation ou largement supérieur à celui correspondant à l'ensemble de la population;
- des prestataires. A titre d'exemple, les prestataires peuvent vouloir:
 - ✓ amortir l'achat d'un nouveau matériel coûteux;
 - ✓ transférer un patient vers un échelon supérieur en raison d'un accord de tarification désavantageux pour le prestataire.

Tableau 7 : Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge

Voir tome 2, page 25

Services couverts	Coûts moyens - Année N												
	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Annuel
Centre de santé X													
1 Soins ambulatoires													
2 Médicaments													
3 Interventions chirurgicales non programmées													
4 Interventions gynéco-obstétricales													
5 Hospitalisations médicalisées non programmées													
6 Hospitalisations programmées													
7 Spécialités													
Ensemble des prestations													
Hôpital Y													
1 Soins ambulatoires													
2 Médicaments													
3 Interventions chirurgicales non programmées													
4 Interventions gynéco-obstétricales													
5 Hospitalisations médicalisées non programmées													
6 Hospitalisations programmées													
7 Spécialités													
Ensemble des prestations													
Total des prestataires													
1 Soins ambulatoires													
2 Médicaments													
3 Interventions chirurgicales non programmées													
4 Interventions gynéco-obstétricales													
5 Hospitalisations médicalisées non programmées													
6 Hospitalisations programmées													
7 Spécialités													
Ensemble des prestations													

Tableau 8: Fiche de suivi des fréquences de risques

Voir tome 2, page 27

	Services couverts	Fréquences de risques - Année N												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Annuelle
Centre de santé X														
1	Soins ambulatoires													
2	Médicaments													
3	Interventions chirurgicales non programmées													
4	Interventions gynéco-obstétricales													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées													
6	Hospitalisations programmées													
7	Spécialités													
	Ensemble des prestations													
Hôpital Y														
1	Soins ambulatoires													
2	Médicaments													
3	Interventions chirurgicales non programmées													
4	Interventions gynéco-obstétricales													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées													
6	Hospitalisations programmées													
7	Spécialités													
	Ensemble des prestations													
Total des prestataires														
1	Soins ambulatoires													
2	Médicaments													
3	Interventions chirurgicales non programmées													
4	Interventions gynéco-obstétricales													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées													
6	Hospitalisations programmées													
7	Spécialités													
	Ensemble des prestations													



Le suivi du budget et de la trésorerie

Pour une bonne gestion financière du SA, il est nécessaire de prévoir et de programmer, avec précision, les recettes et les dépenses qu'aura à effectuer le SA dans le futur. Cette prévision se concrétise par l'élaboration du budget et du plan de trésorerie.

Le suivi du budget et de la trésorerie est nécessaire pour:

- prévenir tout dérapage dans l'équilibre entre recettes et dépenses en cours d'exercice;
- opérer les ajustements opportuns dans les prévisions de recettes et de dépenses afin d'assurer l'équilibre budgétaire futur;
- gérer de manière adéquate la trésorerie, c'est-à-dire mettre le SA en position de faire face aux dépenses à court terme sans qu'il ait à conserver des liquidités en excès.

Ce suivi est particulièrement important en phase de démarrage du SA, les prévisions de recettes et de dépenses étant alors davantage incertaines car ne pouvant être réalisées sur la base d'une expérience antérieure.

Dans ce chapitre, la démarche consiste à décrire les activités de suivi à réaliser sur la base de deux outils de gestion¹⁵, à savoir le budget et le plan de trésorerie.

2.1 Le suivi du budget

Le budget constitue la traduction financière d'un programme d'actions. Il est basé sur une prévision des dépenses et des recettes nécessaires à la réalisation des activités du SA, sur une période déterminée (généralement un exercice).

Le budget doit être équilibré en recettes et en dépenses. Son établissement implique des choix au début de l'exercice et le respect de ceux-ci au cours de l'exécution des activités. Grâce au budget, le SA connaît les limites à ne pas dépasser dans les dépenses, compte tenu des recettes prévues.

Le suivi du budget consiste à comparer les prévisions effectuées en début d'exercice avec les 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.

Les activités à réaliser sont au minimum:

- l'établissement du budget (généralement en début d'exercice);
- la comparaison des réalisations et des prévisions (tableau 9);
- la mise en œuvre de mesures correctrices (y compris l'établissement si nécessaire d'un nouveau budget).

Le tableau ci-dessous représente une fiche de suivi budgétaire pour un trimestre.

15 L'élaboration de ces outils est supposée connue par les gestionnaires. Pour plus de détails voir: «Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique», BIT-ACOPAM, WSM, ANMC, 1997.

Tableau 9: Fiche de suivi budgétaire

Voir tome 2, page 28

Libellés	Prévisions annuelles	1 ^{er} trimestre			
		Prévu en UM	Réalisé en UM	Ecart en UM	Ecart en %
A – Recettes					
Cotisations					
Droits d'adhésion					
Dons et legs					
Services auxiliaires					
Autres recettes					
Total A					
B – Dépenses					
Prestations de santé					
Services auxiliaires					
Frais de fonctionnement					
Frais de formation et d'animation					
Autres dépenses					
Total B					
Différence A - B					

NB: UM = Unité monétaire

2.2 Le suivi de la trésorerie

Les gestionnaires doivent également suivre la trésorerie afin que le SA soit 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.

Le plan de trésorerie est un tableau de prévision des entrées et sorties de fonds sur une période donnée. C'est un outil essentiel à une gestion efficace de la trésorerie. Il permet aux gestionnaires de:

- prévoir les disponibilités (liquidités) qui devront être conservées par le SA pour faire face à tout moment à ses engagements immédiats;
- éviter de conserver des disponibilités en quantités trop importantes. Grâce aux prévisions, seuls les fonds devant être utilisés à brèves échéances seront conservés sous forme de disponibilités. Les fonds excédentaires pourront être placés afin de produire des intérêts et ainsi d'améliorer le résultat de l'exercice.

En cas d'un manque prévu de liquidités, le plan de trésorerie s'avérera aussi utile pour négocier des emprunts ou des prorogations de délais de paiement envers les créanciers.

Le plan de trésorerie est construit sur une période allant d'un à plusieurs mois, voire une année, selon les cas. Il repose sur une prévision des montants et dates des encaissements et décaissements à effectuer sur cette période.

Le suivi de trésorerie 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 (par exemple placement) et dans les programmes d'activités. Ils peuvent également inciter le SA à recourir à des crédits initialement non prévus.

Les activités à réaliser sont au minimum:

- l'établissement des plans de trésorerie;
- la comparaison entre réalisations et prévisions concernant les encaissements et décaissements (tableau 10);
- l'ajustement éventuel du plan de trésorerie et la mise en œuvre d'actions particulières (emprunt, placement, etc.).

Le tableau ci-dessous représente une fiche de suivi du plan de trésorerie (pour le mois de janvier).

Tableau 10: Fiche de suivi du plan de trésorerie

Voir tome 2, page 29

Libellés	Janvier			
	Prévu en UM	Réalisé en UM	Écarts en UM	Écarts en %
A – Encaissements				
Report du mois précédent				
Cotisations				
Droits d'adhésion				
Dons et legs				
Services auxiliaires				
Autres recettes				
Total A				
B – Décaissements				
Prestations de santé				
Services auxiliaires				
Frais de fonctionnement				
Frais de formation et d'animation				
Autres dépenses				
Total B				
Solde à reporter				

3 Synthèse

Les différents outils et supports nécessaires à la gestion et au suivi d'un SA sont portés dans le tableau ci-dessous. L'existence des supports, leur utilisation et leur tenue permettront aux gestionnaires d'identifier les fonctions maîtrisées et celles qui ne le sont pas.

Tableau 11: Liste des outils de gestion et de suivi

Voir tome 2, page 30

Liste des outils	Disponibles oui/non	Appréciation quant à l'utilisation de l'outil
Les outils de gestion administrative et technique		
Carte d'adhérent		
Fiche d'adhésion et de cotisation		
Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion		
Liste des bénéficiaires (ou des exclus)		
Classement des contrats		
Registre des prestations prises en charge		
Attestation de soins		
Lettre de garantie		
Facture des prestataires		
Liste des tarifs pratiqués par les prestataires		
Les outils complémentaires de suivi administratif et technique		
Tableau sur les caractéristiques socio-démographiques de la population et du public cible		
Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires		
Fiche de base des prestations prises en charge par prestataire		
Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations		
Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge		
Fiche de suivi des fréquences de risques		

Liste des outils	Disponibles oui/non	Appréciation quant à l'utilisation de l'outil
Les outils de gestion comptable (pour mémoire)		
Les outils de gestion financière		
Budget		
Plan de trésorerie		
Les outils de suivi financier		
Fiche de suivi budgétaire		
Fiche de suivi du plan de trésorerie		

Partie III

Evaluation de la viabilité de l'assurance santé

Cette troisième partie est destinée aux personnes et structures réalisant une évaluation. Il peut s'agir de structures d'appui, d'évaluateurs indépendants ou de gestionnaires de SA.

Cette partie contient de nombreuses explications, complétées par les indications contenues dans le tome 2, facilitant la compréhension et la bonne utilisation des indicateurs présentés. Néanmoins, elle demande un niveau de technicité et de connaissances plus élevé que celui requis pour l'utilisation de la partie sur le suivi.

De très nombreux facteurs ou déterminants influencent la viabilité d'un SA. Il n'est pas possible de les étudier tous. Pour préserver le caractère pratique du guide et son accessibilité, n'ont été retenus que les déterminants principaux. Ils ont un effet direct, et à court terme, sur la viabilité de l'assurance santé. Ainsi, la viabilité est évaluée à quatre niveaux:

- *Administratif*. Il s'agit de l'évaluation de la qualité du suivi de l'assurance santé.
- *Technique*. Il s'agit de l'évaluation de la capacité du SA à maîtriser les risques liés à l'assurance santé: la surconsommation, la sélection adverse et la surprescription. Elle porte sur la qualité du portefeuille de risques.
- *Fonctionnel*. Il s'agit de l'évaluation de la capacité à respecter le principe de base du fonctionnement de l'assurance, à savoir celle de fournir les prestations en échange des cotisations.
- *Financier et économique*. Il s'agit de l'évaluation de la capacité de l'assurance santé à couvrir durablement l'ensemble des charges avec les ressources.

L'organisation responsable du SA peut mener d'autres activités ou fournir d'autres services que l'assurance santé proprement dite: des allocations d'incapacité de travail temporaire ou définitive, la gestion d'un établissement de soins ouvert aux adhérents ou aux non-adhérents, des actions à caractère économique pour améliorer la solvabilité des adhérents, etc. C'est pourquoi il est important de préciser que cette partie ne porte que sur l'assurance santé. La quatrième partie complétera l'évaluation de la viabilité du SA en tenant compte du contexte organisationnel et institutionnel dans lequel l'assurance est mise en œuvre.

Dans cette partie, la démarche consiste à fournir une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour chacun des quatre niveaux d'analyse. Certaines informations utiles pour la construction de ces indicateurs ont déjà été présentées dans la partie précédente (fiches de suivi et outils de gestion). Si d'autres éléments sont nécessaires, ils seront indiqués au fur et à mesure.

Dans ce premier tome, les indicateurs sont présentés dans des encadrés numérotés (T1, T2, G1, G2, F1, etc.). Les méthodes de calcul des indicateurs sont présentées en détail dans le tome 2, avec une numérotation identique.

La constatation d'un indicateur peu ou pas satisfaisant n'implique pas la non-viabilité de l'assurance santé. La viabilité d'un système s'apprécie sur la durée et requiert bien souvent une autonomie de gestion. L'autonomisation de la gestion nécessite du temps et comporte des étapes. Les indicateurs ont été sélectionnés pour aider les gestionnaires de SA à identifier les mesures à prendre pour renforcer leur instrument financier et progresser vers cette autonomie.

Dans le cadre de la rédaction d'un rapport d'évaluation destiné à être diffusé, il est conseillé d'introduire celui-ci par une fiche donnant un descriptif synthétique du SA analysé (un exemple de fiche est donné en annexe). Cette fiche aidera le lecteur à comprendre et analyser les informations contenues dans le rapport d'évaluation.



L'évaluation de la viabilité administrative

Cette section a pour but d'apprécier le suivi mis en place par les gestionnaires du SA. Cette évaluation permettra notamment de mettre en évidence certaines carences de gestion et de mesurer la «viabilité administrative» du SA.

Il est proposé aux évaluateurs d'apprécier la qualité du suivi en se référant aux fonctions de gestion de l'assurance et en analysant l'utilisation des principaux outils employés dans ce cadre¹⁶.

Les premières fonctions considérées sont celles qui ont été abordées dans la section sur le suivi administratif et technique à savoir:

- l'adhésion (la production du contrat d'assurance);
- le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion;
- le traitement des demandes de prises en charge;
- la surveillance du portefeuille de risques.

En plus de ces fonctions, sont également considérées la comptabilité ainsi que la gestion du budget et de la trésorerie.

L'évaluation de la viabilité administrative est effectuée sur la base d'indicateurs à composantes binaires. Les scores des différents indicateurs sont obtenus par addition arithmétique simple des différents éléments composant l'indicateur. Aussi, est-il important de relativiser les scores obtenus. Par exemple, un score de 4/4 pour un indicateur ne signifie pas que le SA est deux fois plus performant que si l'indicateur était de 2/4. Le score obtenu doit être interprété comme une «unité de mesure» devant tendre vers un optimum et non comme une «valeur arithmétique».

1.1 L'évaluation du suivi des adhésions

Un indicateur permet d'évaluer comment les gestionnaires effectuent le suivi des adhésions.

Indicateur T.1: Suivi des adhésions

Voir tome 2, page 45

Indicateur T.1.1: Outils de gestion et de suivi des adhésions

Le SA doit posséder les outils permettant le suivi des adhésions (fiches d'adhésion et/ou registre d'adhésion). A l'aide de ces outils, le SA peut disposer des principales informations relatives à ses bénéficiaires: nom et/ou numéro d'identification de l'adhérent, dates de début et de fin de prise en charge, etc. L'indicateur mesure l'existence et la qualité des outils de gestion et de suivi mis en place par les gestionnaires.

16 L'évaluation se limite aux outils de gestion et de suivi et n'aborde pas l'appréciation des techniques de gestion mises en place au sein du SA.

Indicateur T.1.2: Utilisation des outils de gestion et de suivi des adhésions

Cet indicateur mesure l'utilisation qui est faite par le SA des outils relatifs aux adhésions. Pour effectuer un bon suivi dans ce domaine, il convient d'actualiser régulièrement les données et d'en extraire les informations relatives notamment au nombre de bénéficiaires ayant droit à la couverture du SA, au nombre de personnes exclues temporairement ou définitivement, au nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant.

1.2 L'évaluation du suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion

Le recouvrement des cotisations est particulièrement important pour le SA car celles-ci constituent la principale recette. L'indicateur T.2 permet d'apprécier la qualité du suivi de ce recouvrement.

Indicateur T.2: Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion

Voir tome 2, page 47

Cet indicateur mesure l'existence et la qualité des outils employés pour suivre le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. En effet, pour effectuer ce suivi, le SA doit utiliser des outils spécifiques (fiches de cotisation et/ou registre des paiements des cotisations) permettant de disposer des principales informations dans ce domaine: montant des droits d'adhésion, montant des cotisations émises, montant des cotisations perçues, etc.

Le calcul de l'indicateur est différencié selon que les cotisations sont versées en une fois où sont fractionnées au cours de l'exercice.

Cet indicateur est particulièrement utile à suivre:

- s'il est possible de s'inscrire à différentes périodes de l'année;
- si la cotisation peut être versée en plusieurs fois;
- si la période couverte par la cotisation ne correspond pas à la période de l'exercice comptable.

1.3 L'évaluation du suivi des demandes de prise en charge

Le suivi des demandes de prise en charge est une fonction de gestion importante car elle garantit aux bénéficiaires leurs droits aux prestations. Pour le SA, la gestion des demandes de prise en charge repose sur trois activités principales:

- la vérification des droits aux prestations;
- le contrôle des factures des prestataires;
- l'ordonnancement du remboursement (et/ou du paiement) et son exécution.

Par simplification, l'évaluation portera ici uniquement sur la vérification des droits aux prestations.

Indicateur T.3: Contrôle des droits aux prestations*Voir tome 2, page 49*

Cet indicateur porte sur l'existence de procédures de contrôle des droits aux prestations tant au niveau des prestataires que du SA. Il pourra aider le gestionnaire d'un SA à savoir si ces contrôles doivent être renforcés.

1.4 L'évaluation du suivi du portefeuille de risques

Le suivi du portefeuille de risques est une opération de gestion technique importante dans la mesure où il permet de mettre en évidence des anomalies de fonctionnement et de prendre en conséquence les actions correctives qui s'imposent. Deux indicateurs sont proposés. Le premier (T.4) permet d'apprécier si les outils indispensables au suivi des prises en charge sont mis en place (les fiches de base) et de juger de leur qualité. Le second indicateur (T.5) apprécie dans quelle mesure les gestionnaires construisent des outils d'analyse (fiches de suivi) permettant de surveiller le portefeuille de risques avec une certaine régularité.

Indicateur T.4: Suivi des prises en charge*Voir tome 2, page 51***Indicateur T.4.1: Suivi par prestation et par prestataire**

Cet indicateur porte sur l'existence des outils de suivi des prestations prises en charge et la qualité de l'information qu'ils contiennent. L'indicateur s'applique dans le cas où un suivi par prestataire est réalisé. Il est à rapprocher du tableau 5.

Indicateur T.4.2: Système d'information sur les prestations prises en charge

Cet indicateur est comparable au précédent. Il se réfère à l'existence de données consolidées (tous prestataires réunis) concernant le suivi des prises en charge. Il est à rapprocher du tableau 6.

L'indicateur T.4 est particulièrement important dans la mesure où il porte sur l'existence et la qualité du système d'information relatif au portefeuille de risques. L'indicateur T.5 permet quant à lui d'apprécier si une surveillance de ce portefeuille est effectuée.

Indicateur T.5: Suivi du portefeuille de risques*Voir tome 2, page 53*

Cet indicateur permet de juger de la mise en place d'une surveillance du portefeuille de risques à l'aide d'outils adaptés. Il mesure si des fiches de suivi indiquant les fréquences et les coûts moyens des prestations prises en charge par prestataire sont disponibles et régulièrement mises à jour.

L'indicateur de suivi du portefeuille complète celui du suivi des prises en charge (indicateur T.4). Il tient compte de la périodicité de la mise à jour des données et de l'analyse du portefeuille.

1.5 L'évaluation du suivi de l'enregistrement comptable

Comme toute entreprise, le SA doit disposer d'une comptabilité. Dans le cadre de cette évaluation, il est supposé que cette comptabilité existe. L'indicateur utilisé porte sur l'enregistrement comptable.

Indicateur T.6: Suivi de l'enregistrement comptable

Voir tome 2, page 54

Cet indicateur permet d'apprécier les trois activités principales du suivi de l'enregistrement comptable:

- la collecte et le classement des informations comptables;
- le contrôle de l'enregistrement comptable;
- le contrôle du CdR et du bilan.

L'indicateur proposé permet d'apprécier si les opérations de base indispensables à l'enregistrement comptable sont réalisées. Il s'agit d'un indicateur synthétique simple (à six éléments binaires). Il revient aux évaluateurs d'apporter un jugement plus qualitatif sur la tenue de la comptabilité et la qualité du suivi comptable.

1.6 L'évaluation du suivi budgétaire et de la trésorerie

Le suivi budgétaire et de la trésorerie est un exercice important dans la mesure où il permet:

- d'anticiper d'éventuels dérapages financiers;
- de formuler de nouvelles hypothèses de recettes et de dépenses;
- de prendre des mesures correctrices.

Il est donc nécessaire d'apprécier la qualité de ce suivi.

Indicateur T.7: Suivi financier

Voir tome 2, page 55

Cet indicateur apprécie dans quelle mesure les gestionnaires ont mis en place un système permettant de prévoir et suivre les flux financiers. Pour construire l'indicateur, il est tenu compte de la disponibilité des outils de suivi budgétaire et de trésorerie et de la mise à jour régulière de l'information qu'ils contiennent.

1.7 L'évaluation globale du suivi

En guise de conclusion sur l'appréciation du suivi réalisé par les gestionnaires, un indicateur synthétique permet de mettre en évidence les fonctions de suivi qui sont maîtrisées et celles qui devraient être améliorées.

L'indicateur T.8 de «qualité globale du suivi» est construit sur la base des indicateurs précédents. Dans le calcul de cet indicateur, toutes les fonctions de suivi (adhésions, recouvrement, demandes de prises en charge, surveillance du portefeuille, suivi comptable et suivi financier) sont considérées être d'égale importance pour assurer la viabilité administrative du SA.

Indicateur T.8: Qualité globale du suivi

Voir tome 2, page 56

Cet indicateur regroupe les différents éléments permettant d'apprécier la qualité du suivi.

Un score faible de l'indicateur doit amener les évaluateurs et les gestionnaires du SA à étudier l'opportunité d'introduire ou d'améliorer les outils de gestion et de suivi ainsi que les procédures existantes. Comme dans les cas précédents, la valeur de cet indicateur doit être interprétée comme un score qui doit tendre vers un optimum et non comme une valeur arithmétique.



L'évaluation de la viabilité technique

L'évaluation de la viabilité technique porte sur l'analyse de la qualité du portefeuille de risques du SA; ce qui revient à apprécier, en particulier, le degré de maîtrise par le SA des trois risques inhérents à l'assurance santé:

- la sélection adverse (ou antisélection);
- la surconsommation;
- la surprescription.

Il est important de préciser ici la terminologie utilisée. Le terme «risques» utilisé dans l'expression «portefeuille de risques» fait référence aux garanties à fournir aux adhérents en vertu de leur contrat d'adhésion. Le terme «risques» utilisé dans l'expression «risques liés à l'assurance santé» signifie que le SA est exposé à des conséquences négatives liées à l'exercice du métier d'assureur à savoir, la sélection adverse, la surconsommation et la surprescription.

Dans ce chapitre, la démarche consiste dans un premier temps à présenter onze paramètres qui sont les principaux à influencer la qualité du portefeuille de risques.

Dans un second temps, sur la base de l'analyse des paramètres, la phase d'évaluation proprement dite sera abordée. Celle-ci est fondamentale pour les évaluateurs comme pour les gestionnaires. Même si le SA a pris les mesures adéquates afin de limiter la sélection adverse, la surconsommation et la surprescription, il est utile qu'il se donne les moyens de vérifier leur efficacité. Les indicateurs d'évaluation de la gestion du portefeuille de risques doivent permettre de répondre à cette question¹⁷.

2.1 Les paramètres de la qualité du portefeuille de risques

Les quatre premiers paramètres ont trait aux conditions d'adhésion au SA. Ils mesurent essentiellement l'influence des conditions d'adhésion sur le risque de sélection adverse. Ces paramètres sont:

- les modalités (modes et types) d'adhésion (paramètre a.1);

¹⁷ En fonction des caractéristiques des SA, les évaluateurs ou les gestionnaires pourront être amenés à compléter les outils proposés.

- la période d'adhésion (paramètre a.2);
- l'existence d'une période probatoire ou de stage (paramètre a.3);
- le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant et le respect de l'unité de base d'adhésion (paramètre a.4).

Le second type de paramètres se rapporte à la gestion des garanties et permet de juger de la capacité du SA à faire face à la surconsommation et à la surprescription. Les sept paramètres de gestion des garanties analysés sont:

- le type de services de santé offerts (paramètre b.1);
- l'existence de copaiements (paramètre b.2);
- l'entente préalable ou l'autorisation de prise en charge (paramètre b.3);
- la référence obligatoire (paramètre b.4);
- les mécanismes de paiement des prestataires (paramètre b.5);
- la rationalisation des prestations (paramètre b.6);
- la sélection des prestataires (paramètre b.7).

2.1.1 Les paramètres d'analyse des conditions d'adhésion

a) Paramètre a.1: les modalités d'adhésion

Les modalités d'adhésion (modes et types) sont différentes selon les SA ou au sein même d'un SA. L'unité d'adhésion (voir partie I, section 2.4) peut être l'individu, la famille et/ou un groupe d'individus (village, entreprise, groupement, etc.). Les types d'adhésion (voir partie I, section 2.5) peuvent être volontaire, automatique et/ou obligatoire.

Un SA sera d'autant plus viable que les modalités d'adhésion ne l'exposent pas au risque de sélection adverse. Le risque de sélection adverse sera d'autant plus limité que l'adhésion comporte un certain degré d'obligation – adhésion automatique ou obligatoire plutôt que volontaire – et une base d'adhésion large – adhésion familiale plutôt qu'individuelle.

Dans les SA mutualistes, les modalités d'adhésion sont l'expression du niveau d'entraide et de solidarité voulu par les adhérents. Il n'est pas toujours possible d'agir sur elles. Cependant, lorsque la situation financière d'un SA à adhésion volontaire par individu est en péril, notamment en raison d'une sélection adverse importante, de nouvelles modalités d'adhésion peuvent être étudiées. Les adhérents peuvent accepter des changements dans la mesure où la viabilité du SA en dépend.

b) Paramètre a.2: la période d'adhésion

Le second paramètre ayant une influence sur les risques liés à l'assurance santé, en particulier la sélection adverse, est la période d'adhésion en vigueur dans le SA. Si chaque année, l'adhésion n'est possible que durant une période limitée de l'année (SA à période fermée d'adhésion), le risque de sélection adverse est diminué. En effet, les adhérents potentiels ne pouvant pas choisir la période à laquelle ils adhèrent, le risque est moins élevé qu'ils le fassent au moment où ils tombent malades. La gestion est également simplifiée car d'une part l'effort nécessaire à la collecte des cotisations peut être concentré sur une période réduite et, d'autre part, 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 au moment des récoltes. Elle rend moins nécessaire l'application d'une période

probatoire. On notera, cependant, que même si la période d'adhésion est fermée, les SA peuvent avoir recours à un paiement fractionné de la cotisation.

D'autres SA donnent la possibilité d'adhérer à n'importe quel moment de l'année (SA à période ouverte d'adhésion) ce qui rend le risque de sélection adverse plus grand et la gestion plus complexe.

Le choix de la période d'adhésion sera établi en prenant en compte les caractéristiques du public cible et les capacités en matière de gestion. Il n'en reste pas moins qu'un SA est d'autant plus exposé au risque de sélection adverse que la période d'adhésion est ouverte.

c) Paramètre a.3: la période probatoire

La période probatoire, également appelée période d'observation ou d'attente, ou période de stage, correspond à la période pendant laquelle un nouvel adhérent qui a payé ses cotisations n'a pas encore droit aux services du SA.

La période probatoire est instituée dans le but de limiter la sélection adverse et, dans une certaine mesure, de permettre au SA de constituer un fond de roulement. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient au moment précis où elles en ont besoin (par exemple l'adhésion en prévision d'un accouchement) et ne se désengagent une fois couvert leur besoin.

La durée de cette période n'est pas standard. Elle dépend essentiellement du type de services offerts par le SA et du degré d'acceptation des adhérents. Une période probatoire trop longue peut en effet entraîner un désintérêt du public cible pour le SA.

La période probatoire s'étend généralement de un mois (dans le cas de prestations ambulatoires) à plusieurs mois dans le cadre de prestations «prévisibles ou programmées» (accouchements) ou à hauts coûts (maladies chroniques).

En outre, l'introduction d'une période probatoire est également liée à d'autres caractéristiques du SA. Lorsque la période d'adhésion est limitée dans le temps et que le SA ne couvre que des maladies non prévisibles, la période probatoire est moins nécessaire. Lorsque l'adhésion est ouverte (il est possible d'adhérer à n'importe quelle période de l'année) et/ou dans le cas de couverture de soins prévisibles (par exemple accouchements), l'absence de période probatoire est un facteur pouvant remettre en cause la viabilité du système.

d) Paramètre a.4: le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant et le respect de l'unité de base d'adhésion

Lorsque l'adhésion ouvre le droit aux prestations à des personnes à charge et que la cotisation n'est pas directement proportionnelle au nombre de bénéficiaires, un risque existe que l'adhérent cotisant cherche à inscrire le maximum possible de personnes à charge. Dans ce cas, un SA sera d'autant plus viable qu'il limite le nombre de bénéficiaires par adhérent cotisant.

A l'inverse, lorsque la cotisation est fixée par personne, il existe un risque important que l'adhérent cotisant cherche à opérer une sélection au sein des adhérents de sa famille en ne cotisant que pour ceux dont le risque maladie lui semble plus élevé. Ce cas de figure favorise le développement du phénomène de sélection adverse et de fraudes quant à l'identité des bénéficiaires.

Le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant est une donnée importante dans le calcul du montant de la cotisation. Sa croissance risque d'entraîner une augmentation des coûts pouvant justifier une révision à la hausse de la cotisation, la mise en place de mesures

visant à réduire la couverture des personnes à charge ou portant sur l'unité de base d'adhésion (par exemple la famille).

2.1.2 Les paramètres d'analyse de la gestion des garanties

Le second type de paramètres influençant le portefeuille de risques se rapporte à la gestion des garanties. Celle-ci a comme premier objectif de maîtriser la surconsommation, la surprescription et dans une moindre mesure la sélection adverse (en particulier le paramètre «type de services de santé offerts»).

a) Paramètre b.1: le type de services de santé offerts

Selon le type de services de santé offerts, le SA est plus ou moins exposé à la surconsommation et à la sélection adverse. On distingue trois catégories de services en fonction de leur exposition à ces risques:

Catégorie 1: Les services de santé non soumis au risque de surconsommation et de sélection adverse. Il s'agit notamment des interventions médico-chirurgicales aiguës. Elles sont à traiter en urgence. Elles peuvent être contrôlées facilement.

Catégorie 2: Les services de santé moyennement soumis au risque de surconsommation et de sélection adverse. Il s'agit en particulier des soins ambulatoires.

Catégorie 3: Les services de santé fortement soumis au risque de surconsommation et de sélection adverse. Il s'agit notamment:

- ▶ des interventions chirurgicales programmées comme la cure d'une hernie simple ou l'ablation d'un goitre;
- ▶ des maladies chroniques comme la tuberculose ou le sida nécessitant des médicaments coûteux durant une période prolongée.

Les gestionnaires et évaluateurs pourront classer en fonction de ces trois catégories, les services de santé offerts par le SA. Plus le SA couvre un nombre important de services des catégories 2 et 3, plus le contrôle des consommations doit être rigoureux.

En fonction de l'analyse des prestations prises en charge, le SA peut être amené à prendre des mesures correctives pour limiter les risques. Les mesures suivantes limitent en particulier la surconsommation:

- les copaiements (paramètre b.2);
- l'entente préalable (paramètre b.3);
- la référence obligatoire (paramètre b.4).

Les facteurs sur lesquels il est possible de jouer pour limiter la sélection adverse sont les suivants:

- les modalités d'adhésions (paramètre a.1);
- la période d'adhésion (paramètre a.2);
- la période probatoire (paramètre a.3);
- le nombre de bénéficiaires par adhérent cotisant et le respect de l'unité de base d'adhésion (paramètre a.4).

b) Paramètre b.2: l'existence de copaiements

Le **copaiement** est un mécanisme de partage des risques et des coûts entre l'assuré et l'assureur. Différentes formes de copaiements en vigueur dans les SA¹⁸ existent:

- **La franchise** est un montant fixe¹⁹ assumé par l'assuré pour les services offerts par le SA. Les montants supérieurs à cette somme fixée à l'avance sont pris en charge, intégralement ou partiellement, par le SA. La franchise est en général fixée par prestation couverte²⁰.
- **Le ticket modérateur** est un pourcentage²¹ du coût des soins qui reste à la charge de l'assuré pour les services offerts par le SA.
- **Le plafonnement des prises en charge** est un montant²² (ou un nombre de prestations par an) fixé à l'avance au-delà duquel le coût des soins reste à la charge de l'assuré pour les services offerts par le SA.

Le tableau suivant présente pour différentes catégories de services de santé les copaiements les plus souvent utilisés dans les SA.

	Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médicaments	Soins spécialisés
Franchise	Par visite	Par visite ou séjour	Par article ou prescription	Par article ou prescription
Ticket modérateur	En pour-cent des frais	En pour-cent des frais	En pour-cent du prix	En pour-cent du prix
Plafonnement	Niveau fixé par le SA	Niveau fixé par le SA	Niveau fixé par le SA	Niveau fixé par le SA

Source: Cichon et al., 1999

Le copaiement peut être un facteur technique important pour réduire les effets:

- de la surconsommation (ticket modérateur et plafonnement des prises en charge) lorsqu'un SA prend en charge les prestations des catégories 2 ou 3. Soulignons que l'instauration d'une franchise peut, selon le niveau de celle-ci, avoir, à l'inverse de l'effet attendu, une répercussion négative sur la limitation de la surconsommation;
- de la surprescription (plafonnement des prises en charge).

18 Il existe des variantes aux trois types de copaiements présentés, qui pour des raisons de simplification, ne seront pas décrits dans ce guide (indemnités de paiements, assurance catastrophique, exclusion du droit à certaines prestations de «confort», etc.).

19 Exemple: le SA X a fixé la franchise pour les hospitalisations médicalisées à 3 000 UM et un remboursement de 100 pour-cent des frais au-delà de ce seuil. Un adhérent ayant une facture de 10 000 UM sera remboursé à hauteur de $10\,000 - 3\,000 = 7\,000$ UM. Si sa facture était de 2 000 UM, il ne serait pas pris en charge par le SA.

20 Une variante de la franchise consiste à instaurer un forfait payé par l'assuré dans le cas où un système de référence (voir paramètre b.4) est en vigueur. Cela signifie qu'un bénéficiaire s'adressant directement à un prestataire de niveau supérieur de soins sans passer par le niveau inférieur sera contraint de payer une franchise qu'il n'aurait pas assumée s'il avait respecté le système de référence.

21 Exemple: le SA X prend en charge 80 pour-cent du montant des dépenses à l'hôpital Y. Pour une facture de 10 000 UM, le SA remboursera $10\,000 * 80$ pour-cent = 8 000 UM.

22 Exemple: le SA X prend en charge les dépenses d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 20 000 UM. Pour une facture de 25 000 UM, l'assuré assumera les frais à hauteur de: $25\,000 - 20\,000 = 5\,000$ UM. Soulignons que ce copaiement peut être cumulé pour la même prestation avec la franchise ou le ticket modérateur.

Cependant, l'introduction de copaiements peut avoir des conséquences négatives sur la dynamique d'affiliation. Les gestionnaires devront s'attacher à positionner correctement les copaiements pour avoir l'effet positif sur les risques sans qu'il y ait de remise en cause du caractère attractif des garanties.

c) Paramètre b.3: l'entente préalable ou l'autorisation de prise en charge

L'entente préalable est un mécanisme selon lequel l'assuré ou le prestataire doit obtenir, pour que la couverture s'exerce, une autorisation de prise en charge du SA avant que les soins ne soient dispensés.

Ce troisième paramètre d'appréciation de la gestion des garanties a pour objectif de limiter la surconsommation et la surprescription. Ce mécanisme d'entente est particulièrement intéressant pour maintenir la viabilité d'un SA dans le cadre de prestations coûteuses. Le SA devra faire appel à un médecin-conseil pour analyser ces demandes qui requièrent des compétences médicales.

d) Paramètre b.4: la référence obligatoire

La référence obligatoire consiste à obliger les bénéficiaires à consulter un prestataire d'un échelon déterminé avant de pouvoir recourir à un prestataire de l'échelon supérieur (par exemple du médecin généraliste vers le spécialiste).

Ce mécanisme d'orientation des bénéficiaires est un facteur favorisant la viabilité d'un SA, car il limite en particulier le risque de surconsommation. Dans la mesure où la liberté de choix du prestataire est réduite, la référence obligatoire n'est pas toujours bien acceptée par les adhérents. Il s'agit également d'un mécanisme difficile à mettre en place dans des SA déjà en fonctionnement.

e) Paramètre b.5: les mécanismes de paiement des prestataires

Les mécanismes de paiement des prestataires de soins sont les différentes modalités utilisées par l'assureur pour «acheter» les services médicaux des prestataires. Ces services peuvent être fournis soit par des prestataires extérieurs, soit par les propres installations sanitaires de l'assureur²³. La liste suivante²⁴ présente les principaux mécanismes de paiement utilisés par les SA selon un ordre décroissant d'éclatement de la tarification.

- **Le paiement à l'acte** consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par le SA.
- **Le paiement par cas** (ou paiement par épisode de maladie) est un mode de tarification forfaitaire. Le prestataire s'engage sur un montant fixe correspondant à tout ou partie des actes à fournir pour une prestation donnée sur la base d'une liste de diagnostics correspondant aux actes à fournir pour le traitement spécifique de différentes maladies. Le forfait est partiel²⁵ si certains actes sont facturés en plus du forfait. Il est global²⁶ si le prestataire ne facture qu'un forfait pour une prestation donnée.

23 En principe, un SA ayant une activité de prestataire de soins doit établir une séparation (technique et financière) de ses activités, et à ce titre «acheter» ses propres services. Il peut alors choisir rationnellement l'utilisation parallèle de ses propres services de soins et ceux de prestataires extérieurs.

24 Cichon M. et al., (1999), op. cit. pp. 25 et 26.

25 Exemple de forfait partiel: pour la cure d'une hernie étranglée, un hôpital facture un forfait intervention chirurgicale. L'hospitalisation est facturée séparément et proportionnellement au nombre exact de journées. Certains antibiotiques coûteux ne sont pas non plus inclus dans le forfait.

26 Exemple de forfait global: un hôpital facture un montant unique pour les hospitalisations médicalisées des enfants quels que soient la pathologie soignée, les soins prodigués et la durée du traitement.

- **La tarification par journée d'hospitalisation** est utilisée par les assureurs couvrant les prestations hospitalières. Elle consiste à payer un forfait journalier au prestataire soit pour un paquet complet de prestations fournies, soit pour un paquet réduit de prestations, complété par une facturation par acte supplémentaire.
- **La capitation** est une méthode de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le SA durant une période déterminée. Le forfait peut être différencié par catégorie de bénéficiaires (par sexe, âge, suivant les risques de morbidité, etc.). Cette méthode est employée en particulier pour les soins de santé primaires.

Chaque mécanisme de paiement des prestataires comporte son lot d'avantages et d'inconvénients dans la gestion des risques liés à l'assurance santé. De plus, les différentes méthodes inciteront plus ou moins les prestataires à contrôler les coûts et la qualité des services prestés.

Le tableau suivant décrit les effets des différents mécanismes de paiement sur les risques liés à l'assurance santé et sur la qualité des soins prestés.

	Surconsommation	Sélection adverse	Surprescription	Qualité des services
Paiement à l'acte	+	0	+	+
Paiement par cas (forfait par cas)	0	0	-	-
Tarification par jour (forfait par jour)	0	0	-	-
Capitation (forfait par adhérent)	0 ²⁷	0	-	-

«+» augmente le risque (ou qualité); «-» diminue le risque (ou qualité); «0» indifférent.

Le choix du mécanisme de paiement peut avoir une influence importante sur la viabilité du SA dans la mesure où les coûts seront différemment partagés entre celui-ci (et donc les adhérents) et les prestataires.

Les mécanismes de paiement forfaitaire (par cas, tarification par jour ou capitation) sont des techniques qui permettent de faire supporter aux prestataires une partie des risques financiers liés à la maladie. De plus, ces mécanismes limitent la surprescription dans la mesure où toute augmentation des prescriptions (médicaments, actes diagnostics ou autres) contenue dans le forfait sera à la charge des prestataires.

Au contraire, le paiement forfaitaire peut inciter les prestataires à limiter la qualité des soins fournis, par souci de rentabilité. Le SA devra mettre en place des contrôles de qualité des soins prestés par l'intermédiaire de médecins-conseils ce qui entraîne des coûts supplémentaires. L'impact sur la qualité des soins sera également conditionné par l'existence d'une concurrence entre prestataires.

27 On notera que les prestataires auront tendance à modérer la demande de soins des adhérents étant donné que toute consommation additionnelle réduira leur gain.

Sur le plan administratif, plus la tarification est éclatée (de la prestation à l'acte jusqu'à la capitation), plus il sera difficile aux gestionnaires d'un SA de contrôler les soins accordés. La tarification forfaitaire facilite le contrôle par des non-professionnels. De plus, elle simplifie les opérations comptables et le paiement ou le remboursement des prestations.

En conclusion, sous réserve de contrôle de la qualité des services offerts, l'application d'une tarification forfaitaire par le prestataire peut être considérée comme un facteur de viabilité d'un SA.

f) Paramètre b.6: la rationalisation des prestations

La rationalisation des prestations est un mécanisme instauré entre un SA et des prestataires de soins pour contrôler les charges du SA. Ce mécanisme peut «normaliser» les actes médicaux effectués par le prestataire, et «réguler» le prix des actes.

Ce sixième paramètre d'analyse de la gestion du portefeuille de risques porte sur la limitation des abus commis par les prestataires. Ceux-ci cherchent généralement à maximiser leur profit et à satisfaire leur patient. Comme l'illustre le tableau suivant, selon le mode de paiement adopté par le SA, le prestataire peut être tenté notamment d'augmenter ses prescriptions (actes, médicaments, soins, etc.), d'attirer le plus possible de patients (démarchage auprès des bénéficiaires du SA), de leur demander de revenir plusieurs fois, de faire une utilisation inutile d'équipement coûteux pour amortir plus rapidement leurs coûts, etc.

	Paiement à l'acte	Paiement forfaitaire
Nombre de prescriptions	+	-
Nombre de patients	+	+
Fréquence des prestations	+	-
Fréquence d'utilisation des équipements	+	+

«+» augmente (le nombre ou la fréquence); «-» diminue (le nombre ou la fréquence).

Des mesures de rationalisation des prestations de nature à limiter les abus existent. Elles reposent sur le contrôle des quantités de soins (actes effectués) et des prix pratiqués par les prestataires. Ces mesures de rationalisation peuvent être:

- **La convention entre le SA et le prestataire.** Cette convention peut limiter les soins pris en charge ou les conditions dans lesquelles ils seront couverts. Elle peut également prévoir les modalités de renégociation des tarifs, définir des procédures d'audit médical et financier du prestataire par un agent mandaté par le SA, etc.
- **Les protocoles thérapeutiques.** Les protocoles thérapeutiques sont des procédures standardisées de traitement. Un protocole thérapeutique définit, 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. L'existence de protocoles thérapeutiques permet d'estimer plus facilement le coût des prestations.

Il n'est possible ni pour le gestionnaire du SA, ni pour le malade (en raison de l'asymétrie d'information²⁸) de savoir si tous les soins administrés sont justifiés par l'état de santé de ce dernier. Le traitement d'une maladie n'est toutefois pas unique dans la mesure où tous les praticiens n'ont pas les mêmes habitudes. Le SA devra faire appel aux services d'un médecin-conseil dont le rôle est d'apprécier en fonction des «règles de l'art» si l'état du malade nécessitait les soins prodigués. Son travail sera grandement facilité si des protocoles thérapeutiques existent.

g) Paramètre b.7: la sélection des prestataires

La sélection des prestataires est un mécanisme par lequel un SA sélectionne un nombre déterminé de prestataires à des conditions d'offre de services et pour un ensemble défini de bénéficiaires.

Le SA peut avoir intérêt à s'assurer les services de prestataires sélectionnés en négociant avec eux les tarifs, les conditions de prises en charge, la qualité des services, les modes de paiement, etc. Dans ce cadre, la mise en concurrence des prestataires peut être un facteur favorable de négociation.

Les bénéficiaires du SA peuvent être intéressés par ce type de systèmes en bénéficiant de tarifs préférentiels chez les prestataires sélectionnés et de conditions avantageuses de la part du SA (par exemple réduction des copaiements). Les prestataires y trouvent leur intérêt du fait de l'apport d'une clientèle solvable.

2.2 L'évaluation de la qualité du portefeuille de risques

Cette seconde phase consiste à mesurer la qualité du portefeuille de risques du SA. Suite à l'analyse des paramètres influençant les risques liés à l'assurance santé, il s'agit d'évaluer en quelque sorte l'efficacité des mesures les limitant.

Trois indicateurs sont proposés. Ils portent sur:

- les modalités d'adhésion (G.1);
- la qualité du portefeuille de risques (G.2);
- les coûts moyens des prestations prises en charge (G.3).

Indicateur G.1: Modalités d'adhésion

Voir tome 2, page 57

Cet indicateur mesure l'exposition du SA au risque de sélection adverse lié aux modalités d'adhésion (modes et types). L'adhésion volontaire par individu comporte le risque maximum de sélection adverse. Inversement, l'adhésion obligatoire par groupe minimise le risque de sélection adverse.

A l'aide de ce premier indicateur (G.1), il est possible de mettre en évidence si le SA est soumis à un risque de sélection adverse (score positif). Les gestionnaires et responsables du SA pourront rechercher les moyens de le limiter en modifiant le cas échéant les modalités d'adhésion.

28 En principe, le malade n'est pas en mesure, contrairement au prestataire de soins, de juger de la pertinence des actes médicaux qui lui sont fournis.

Le second indicateur (G.2) mesure le degré de maîtrise par le SA des trois risques liés à l'assurance santé. Cet indicateur est calculé à l'aide du tableau 12 dont un extrait est présenté ci-dessous. Ce tableau est construit de façon à mettre en évidence les mesures appliquées aux services couverts pour limiter les risques liés à l'assurance santé. Les cases grisées correspondent à un service de santé couvert par le SA pour lequel la mesure figurant en en-tête de colonne est utile à mettre en place²⁹.

Tableau 12 (extrait): Référentiel des services couverts par un SA

Voir tome 2, page 31

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé									
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires	
Soins ambulatoires aigus											
Actes											
Consultations curatives	3										
Soins infirmiers	2										
Petite chirurgie	2										
Autres	2										
Médicaments											
Génériques et essentiels	2										
Marque et spécialités	2										
Examens											
Laboratoire	2										
Radiologie	2										
Autres	2										
Consultations préventives											
Actes											
Consultations prénatales	2										
Soins maternels et infantiles	3										
Vaccinations	3										
...											

29 Le choix de certaines cases grisées peut prêter à discussion. Elles représentent en principe les cas les plus fréquemment rencontrés. Ainsi, pour toutes les prestations, on a considéré qu'il était opportun d'appliquer une période probatoire. Ce choix peut se discuter pour les urgences. Mais, en l'absence de période probatoire, il est possible d'imaginer que certains bénéficiaires, face à une difficulté majeure, fassent pression sur un gestionnaire pour obtenir une carte d'adhérent. On peut également considérer que la période probatoire est un facteur indispensable d'apprentissage de la prévoyance.

Indicateur G.2: Qualité du portefeuille de risques

Voir tome 2, page 59

La qualité du portefeuille de risques du SA est fonction du type de prestations prises en charge et des dispositions adoptées par le SA pour limiter la sélection adverse, la surconsommation et la surprescription. L'indicateur mesure le nombre de prestations exposées à l'un ou l'autre des risques, pour lesquels une mesure de maîtrise appropriée est appliquée.

S'il est mis en évidence que le SA est soumis à l'un des risques liés à l'assurance santé (score faible au regard du score maximum du SA), les responsables devront envisager l'instauration de mesures limitant ces risques. Toutefois, l'instauration de telles mesures devra être envisagée en tenant compte des effets connexes (dynamique d'affiliation, qualité des soins, valeurs de solidarité, etc.).

Le troisième indicateur (G.3) est une mesure du degré de maîtrise du risque de surprescription. Il est établi sur la base des coûts moyens des prestations prises en charge par le SA. Il permet d'identifier une éventuelle escalade des coûts qu'il conviendra d'analyser (augmentation des tarifs, modification des comportements thérapeutiques, etc.).

Indicateur G.3: Coûts moyens des prestations prises en charge

Voir tome 2, page 63

G.3.1: Evolution des coûts moyens des prestations prises en charge

Cet indicateur permet d'analyser l'évolution (sur une base graphique ou à partir du taux de croissance) des coûts moyens des prestations prises en charge. L'analyse de l'évolution des coûts est souvent plus significative que leur niveau pour repérer un phénomène de surprescription. La construction périodique de cet indicateur (et sa représentation graphique) permet de dépister rapidement une augmentation des coûts moyens et de la caractériser (augmentation réversible, progression régulière, etc.).

G.3.2: Comparaison des coûts moyens des services pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires³⁰

Cet indicateur complète le précédent. En effet, une évolution contrôlée des coûts moyens des prestations du SA comparée à celle des non-bénéficiaires peut mettre en évidence des écarts qu'il convient d'analyser.

30 Plusieurs indicateurs présentés dans ce guide font référence à des comparaisons entre bénéficiaires et non-bénéficiaires. Le plus souvent, cette comparaison est introduite pour percevoir l'effet du SA en référence à une situation ou celui-ci «n'existe pas», situation perçue à travers le cas des non-bénéficiaires. Dans la réalité, il est possible que les «non-bénéficiaires» soient néanmoins assurés auprès d'un autre système d'assurance. Dans ce cas, la comparaison entre «bénéficiaires» et «non-bénéficiaires» revient à comparer l'effet du SA avec celui d'un autre système. Pour simplifier, il est considéré dans le guide, sauf mention particulière, que les non-bénéficiaires sont des personnes non assurées, tout au moins pour les services couverts par le SA étudié. Les évaluateurs devront choisir le groupe de non-bénéficiaires qu'ils prendront en compte en fonction des contextes et des objectifs qu'ils poursuivent.

Une stabilité des coûts moyens des prestations (par rapport à l'inflation) est un indicateur de bonne gestion du portefeuille de risques.

Cependant, la constatation d'un surcoût ne traduit pas obligatoirement une prescription abusive. Il est possible que le prestataire soit en mesure d'administrer aux bénéficiaires des soins selon le protocole prévu, alors qu'il ne peut le faire pour les non-adhérents en raison de leur plus faible solvabilité. Seule, l'analyse des dossiers médicaux par un médecin-conseil permettra de distinguer les soins utiles et la surprescription.

L'évaluation de la viabilité fonctionnelle

L'évaluation de la viabilité fonctionnelle consiste à analyser le SA, d'un strict point de vue fonctionnel c'est-à-dire en tant qu'instrument collectant des cotisations et accordant une couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires. Il s'agit de l'évaluation de «la bonne marche de l'assurance santé».

L'évaluation va reposer sur des indicateurs situés:

- Au niveau de la collecte des cotisations. Il s'agit d'analyser:
 - ✓ la capacité à constituer et fidéliser une «clientèle», à travers l'examen de la dynamique d'affiliation;
 - ✓ la capacité à recouvrer les cotisations.
- Au niveau des prestations prises en charge par le SA. Il s'agit d'évaluer l'efficacité avec laquelle le SA paie les prestataires (ou rembourse les adhérents).

3.1 La dynamique d'adhésion

Le premier type d'indicateurs d'évaluation de la viabilité fonctionnelle du SA se base en partie sur des fiches de suivi (voir tableaux 3 et 4).

Pour mesurer la dynamique d'affiliation, cinq indicateurs de base sont proposés:

- le taux de croissance brute (M.1);
- le taux de fidélisation (M.2);
- le taux de croissance interne (M.3);
- le taux de croissance externe (M.4);
- le taux de pénétration (M.5).

Pour l'évaluation, le nombre d'adhérents et de bénéficiaires en première année de fonctionnement n'a pas beaucoup de signification. Il dépend en partie de la durée et de l'intensité de la période préparatoire avant le lancement de la collecte des cotisations. L'adhésion à un SA est, pour beaucoup de personnes défavorisées, une nouveauté qui nécessite un apprentissage, raison pour laquelle l'évolution du nombre de bénéficiaires est aussi importante à connaître que ce nombre à une date donnée.

Indicateur M.1: Taux de croissance brute*Voir tome 2, page 66*

Cet indicateur mesure l'accroissement de la taille du SA sur une période donnée, en général un an. Pour l'année N, il se calcule à partir du nombre total d'adhérents en année N-1.

Cet indicateur peut être complété en calculant le taux de croissance du nombre total des bénéficiaires (M.1.1) et le taux de croissance du nombre de personnes à charge (M.1.2).

Cet indicateur permet d'apprécier si le SA est en croissance (taux positif), en phase de stabilisation (taux proche de 0) ou en décroissance (taux négatif).

Le nombre d'adhérents et son évolution sont des éléments importants pour un SA. D'un point de vue assurantiel, un nombre important d'adhérents permet:

- des économies d'échelle;
- une meilleure répartition du risque (réduction de l'incertitude quant à la fréquence de réalisation des risques);
- une vulnérabilité moindre face aux cas imprévus.

L'évolution du nombre d'adhérents est à ce titre un indicateur important à surveiller. En revanche, dans certains SA, la viabilité est dépendante de la cohésion sociale entre adhérents. Une évolution trop importante ou brutale du nombre d'adhérents, en particulier quand ils n'appartiennent pas au même groupe social, peut réduire cette cohésion et compromettre la viabilité du SA.

Même s'il existe un lien entre la viabilité d'un SA et le nombre total d'adhérents et bénéficiaires, il n'est pas possible de déterminer dans l'absolu le nombre d'adhérents et bénéficiaires requis pour assurer cette viabilité.

Un taux de croissance brute ne donne pas toujours toutes les informations sur la dynamique d'affiliation. Il peut arriver que les adhérents «testent» le système. On observe des «mouvements» internes: certains ne renouvellent pas leur adhésion alors que d'autres personnes rejoignent le système.

Pour préciser le jugement sur la dynamique d'affiliation, il convient alors d'analyser si les anciens adhérents continuent à cotiser et si de nouvelles personnes rejoignent le SA. Les indicateurs suivants permettront d'analyser ces différentes tendances.

Indicateur M.2: Taux de fidélisation*Voir tome 2, page 68*

Cet indicateur constitue une mesure de l'intérêt porté par les adhérents pour le SA. Il est égal au pourcentage d'anciens adhérents qui ont renouvelé leur contrat.

Le premier indicateur (M.1) a fourni une indication sur la croissance brute des adhérents du SA. Ce second indicateur (M.2) illustre la «fidélité» des adhérents pour le SA.

Même avec un taux de croissance positif, il est utile de calculer le taux de fidélisation car il conditionne la marge de progression du SA et peut révéler des situations «masquées».

Comme l'illustre le tableau suivant, la croissance d'un SA peut être le résultat de plusieurs situations:

Situations	Taux de croissance brute	Taux de fidélisation	Nouveaux adhérents
Situation 1	+++	Elevé (>80 %)	Nombreux
Situation 2	+/-	Elevé (>80 %)	Peu nombreux
Situation 3	+/-	Faible (< 70 %)	Nombreux
Situation 4	-	Faible (< 70 %)	Peu nombreux

Le tableau montre quatre situations aux conséquences différentes pour le SA:

- *Situation 1*: le taux de croissance brute est élevé en raison d'un taux de fidélisation également élevé et de l'arrivée de nouveaux adhérents. C'est la meilleure situation pour le SA.
- *Situation 2*: le taux de croissance brute positif ou stable est dû à un taux élevé de fidélisation mais à une arrivée faible de nouveaux adhérents. Cette situation a différentes interprétations selon l'ancienneté du SA et le niveau d'adhésion du public cible. Pour les jeunes SA, elle témoigne d'une fidélisation importante mais d'une faible capacité d'affiliation nouvelle. Pour les SA plus anciens, elle peut être le résultat d'une «saturation» du nombre d'adhérents dans la zone d'intervention.
- *Situation 3*: le taux de croissance brute positif ou stable est dû à un faible taux de fidélisation mais à une arrivée importante de nouveaux adhérents. Les nouvelles adhésions sont plus nombreuses que les abandons. Il s'agit d'une situation «trompeuse» à laquelle les gestionnaires doivent particulièrement veiller car elle dénote d'un faible intérêt des adhérents pour le SA. Si cette situation se maintient, le SA peut voir son existence remise en cause.
- *Situation 4*: le taux de croissance brute négatif est dû à un faible taux de fidélisation et à une arrivée réduite de nouveaux adhérents. C'est une situation critique car le SA n'a ni la capacité de fidéliser sa «clientèle», ni celle d'attirer de nouveaux adhérents.

En conclusion, si le taux de fidélisation est faible, on devra en rechercher les causes, notamment au niveau des services, des conditions d'affiliation, du calcul de la cotisation, de la capacité financière des adhérents, de l'organisation du SA, etc. Quoi qu'il en soit, les situations 3 et 4 peuvent signifier que le public cible teste le système mais qu'une forte proportion n'est pas suffisamment satisfaite pour renouveler son adhésion. On peut également l'interpréter comme une phase d'apprentissage de la prévoyance.

Le nombre total d'adhérents et sa comparaison d'une année à l'autre peut également cacher des biais, liés à l'extension de la zone d'intervention du SA et dès lors à l'accroissement du public cible. Les indicateurs de taux de croissance interne (M.3) et externe (M.4) permettent de tenir compte de ces éléments. Un dernier indicateur, le taux de pénétration (M.5), permet de compléter l'analyse de la dynamique d'affiliation du SA.

Exemple: en élargissant son champ géographique d'intervention, un SA peut augmenter le nombre total de bénéficiaires d'une année à l'autre. Or, il est possible que le nombre de

bénéficiaires couverts baisse dans les premières zones d'intervention du SA, traduisant une insatisfaction et une attractivité faible pour les anciens adhérents.

Indicateur M.3: Taux de croissance interne

Voir tome 2, page 70

Cet indicateur mesure l'évolution du nombre d'adhérents dans les anciennes zones d'implantation du SA. D'une année à l'autre, le taux de croissance interne se calcule de la même façon que le taux de croissance brute en ne prenant en compte que les sites où le SA est implanté depuis plus d'un an (ou a déjà été en fonctionnement au cours d'un exercice).

Ce troisième indicateur permet également de révéler des situations «trompeuses» dans l'interprétation du taux de croissance brute du nombre de bénéficiaires. La croissance globale est à analyser en référence à deux situations possibles:

- *Situation 1:* le SA n'a pas modifié sa zone d'intervention. Son public cible est resté le même d'une année sur l'autre. Le taux de croissance brute est alors identique au taux de croissance interne. En se référant au tableau 4 (voir partie II, section 1.2.2), on peut analyser la part des anciens et des nouveaux adhérents cotisants ou de bénéficiaires dans la composition du nombre total d'adhérents.
- *Situation 2:* le SA a étendu sa zone d'intervention entre l'année N et l'année N-1. Dans ce cas, le SA peut enregistrer une croissance du nombre de bénéficiaires du seul fait de l'augmentation de la taille de son public cible. La croissance du nombre de bénéficiaires peut alors être «trompeuse» dans la mesure où elle peut être due à l'extension de la couverture géographique. Il convient alors de faire la distinction entre la croissance interne du SA et la croissance externe due à l'ouverture à un nouveau public cible.

Indicateur M.4: Taux de croissance externe

Voir tome 2, page 71

Cet indicateur mesure l'évolution du nombre de nouveaux adhérents cotisants, originaires de nouvelles zones d'intervention du SA (où le SA propose d'intervenir pour la première fois). Le taux de croissance externe est égal au pourcentage de nouveaux adhérents en année N originaires de nouvelles zones (ou publics) par rapport au nombre total d'adhérents de l'année N-1.

Indicateur M.5: Taux de pénétration

Voir tome 2, page 72

Cet indicateur est calculé par le rapport entre le nombre total de bénéficiaires du SA et le nombre de personnes constituant le public cible. Il mesure l'intérêt porté par le public cible au SA. Plusieurs taux de pénétration peuvent être calculés en distinguant différentes catégories de bénéficiaires (par âge, sexe, revenus, profession, etc.).

Ce dernier indicateur est aussi important pour analyser la dynamique d'affiliation. Il permet aux gestionnaires de mesurer la capacité du SA à se constituer une clientèle et ses possibilités de croissance. Il complète et précise les indicateurs précédents.

3.2 Le recouvrement des cotisations

La capacité du SA à recouvrer les cotisations qu'il a émises (ou appelées) est le second élément d'évaluation de la bonne marche d'un SA retenu pour apprécier sa viabilité fonctionnelle.

Indicateur M.6: Taux de recouvrement

Voir tome 2, page 73

Cet indicateur est égal au rapport entre les cotisations perçues et les cotisations émises.

Le taux de recouvrement des cotisations est un indicateur important de la bonne marche d'un SA. L'objectif est d'obtenir un taux de recouvrement proche de 100 pour-cent. Un taux de recouvrement faible est fortement préjudiciable au bon fonctionnement du SA.

Les causes d'un faible taux de recouvrement peuvent être internes: qualité du portefeuille, surévaluation de la cotisation, mauvaise gestion du recouvrement, etc. Elles peuvent également être externes: irrégularité des revenus des adhérents, éloignement géographique, catastrophe naturelle, etc. Les gestionnaires et évaluateurs devront, sur la base de cet indicateur, identifier les causes du faible recouvrement et prendre les mesures qui s'imposent.

3.3 Le délai de remboursement des adhérents et/ou de paiement des prestataires

Le dernier élément analysé pour évaluer la viabilité fonctionnelle du SA est sa capacité à payer les prestataires ou à rembourser ses adhérents dans les délais convenus. Le délai moyen de paiement ou de remboursement peut varier selon les mois de l'année. Il se calcule à l'aide des factures des prestataires ou des demandes de remboursement des adhérents au moment de l'évaluation.

Indicateur M.7: Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents

Voir tome 2, page 74

Cet indicateur permet d'apprécier la situation de liquidité du SA et la bonne marche des procédures de gestion. Celui-ci mesure le délai séparant la date d'émission des factures par le prestataire (M.7.1) ou des demandes de remboursement des adhérents (M.7.2) et la date à laquelle le paiement a été effectué. Il est comparé au délai de paiement accordé avec le prestataire ou au délai de remboursement figurant dans le règlement intérieur.

Un délai de paiement trop long peut être perçu par les adhérents et les prestataires comme une incapacité du SA à faire face à ses engagements. Les conséquences peuvent être multiples, notamment une baisse de la qualité des soins fournis, un manque de confiance de la part des prestataires et des adhérents et subséquemment une baisse de la réaffiliation au SA.

4

L'évaluation de la viabilité économique et financière

La viabilité économique et financière est l'une des préoccupations majeures des gestionnaires et des structures d'appui car elle conditionne directement l'autonomie et la survie du SA. Elle peut être considérée comme la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers dans les délais requis.

L'évaluation financière et économique d'un SA est une opération complexe nécessitant des compétences en comptabilité et en analyse financière ainsi que l'utilisation d'outils spécifiques. La démarche proposée, dans ce chapitre, s'articule en trois étapes³¹:

- **L'évaluation de la situation financière par la méthode des ratios**³². Des indicateurs construits à partir du CdR et du bilan seront décrits.
- **La présentation de différents éléments d'analyse de la viabilité financière** à l'aide:
 - ✓ d'un exemple d'interprétation des résultats;
 - ✓ d'une description de mécanismes de consolidation financière;
 - ✓ du calcul des niveaux de viabilité financière.
- **L'évaluation de la viabilité économique.**

4.1 L'évaluation de la situation financière par la méthode des ratios

L'évaluation de la situation financière s'appuie sur les outils de gestion comptable et financière. Il s'agit de passer à l'analyse proprement dite en répondant à trois questions fondamentales:

- Le SA est-il solvable? autrement dit, est-il en mesure de faire face à ses engagements?
- Les cotisations permettent-elles de financer l'activité?
- Les cotisations sont-elles utilisées essentiellement au paiement des prestations?

L'évaluation de la situation financière repose sur le CdR et le bilan. Ces deux outils constituent le minimum indispensable pour effectuer une telle évaluation. Grâce au CdR et au bilan, il sera possible de:

- caractériser la situation du SA en utilisant les données de base indispensables aux calculs des indicateurs de viabilité financière;
- comparer la situation financière d'une année à l'autre (et/ou d'un SA à l'autre).

La réalisation d'un excédent d'exploitation est déjà un résultat appréciable surtout en phase de démarrage d'un SA. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante pour pouvoir se prononcer sur la viabilité à plus long terme. Aussi, un ensemble de ratios est proposé. Ne sont mentionnés que les ratios jugés les plus pertinents pour apprécier la viabilité financière d'un SA:

31 En tenant compte que le CdR et le bilan ont été présentés dans la partie I.

32 Dans des SA disposant d'une comptabilité et d'une gestion financière sophistiquées, il est également intéressant de procéder à une analyse de l'équilibre financier du SA en analysant le besoin de fonds de roulement et de trésorerie.

- le ratio de liquidité immédiate (F.1);
- le ratio de capitaux propres (F.2);
- le ratio de couverture des charges au taux de réserve (F.3);
- le ratio des cotisations acquises / charges (F.4);
- le ratio de sinistralité (F.5);
- le ratio de frais de fonctionnement brut (F.6).

Un ratio est un rapport entre deux données chiffrées. Pour qu'il soit intéressant, il doit y avoir une relation entre les deux grandeurs choisies, le numérateur et le dénominateur. Un ratio n'a pas de sens dans l'absolu. Il doit être comparé à quelque chose. Deux types d'analyse sont possibles:

- *L'analyse des tendances*, qui consiste à comparer les ratios à différentes dates pour apprécier l'évolution de la situation financière du SA.
- *La comparaison des ratios d'un SA avec ceux d'autres SA*. Etant donné le manque d'information dans ce domaine, il sera proposé aux évaluateurs des «normes standards» permettant de caractériser la situation du SA.

Les évaluateurs et gestionnaires constateront probablement que le SA n'atteint pas les valeurs désirables pour tous les ratios. Celles-ci constituent des objectifs à atteindre. L'évolution des ratios est aussi importante que leurs valeurs à un moment donné.

4.1.1 La solvabilité du SA

Un SA permet de partager les risques entre les adhérents et d'augmenter leur solvabilité individuelle. Encore faut-il que le SA soit en mesure de faire face à ses engagements financiers (remboursements des adhérents, paiement des prestataires et autres fournisseurs). Dans le cas contraire, il est probable que l'existence même du SA soit remise en cause.

Trois ratios de solvabilité sont présentés. Ils mesurent la capacité du SA à faire face à ses engagements à court, à moyen et à long terme. C'est dans le bilan que l'on trouve les données pour calculer les deux premiers ratios (F.1 et F.2). Le recours au CdR est également nécessaire pour le calcul du troisième ratio (F.3).

Indicateur F.1: Ratio de liquidité immédiate

Voir tome 2, page 75

Ce ratio évalue la solvabilité du SA à court terme en comparant les disponibilités avec les dettes exigibles à court terme. Plus le ratio est élevé, plus la liquidité est importante. Un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant.

Le ratio de liquidité immédiate permet de savoir si le SA peut payer à temps ses fournisseurs. S'il ne le peut pas, on peut penser que sa crédibilité va en souffrir, ce qui peut avoir des conséquences sur sa viabilité.

On peut également apprécier l'indépendance et la crédibilité financières du SA vis-à-vis des tiers en mesurant sa capacité à faire face à l'ensemble de ses engagements sans emprunter. Pour ce faire, on utilise le ratio de capitaux propres (ou de solvabilité).

Indicateur F.2: Ratio de capitaux propres*Voir tome 2, page 76*

Ce ratio indique la capacité du SA à honorer la totalité de ses dettes (à court et à long terme) sans recourir à l'emprunt. Celui-ci rapproche les dettes que le SA peut avoir contractées, lesquelles ne sont pas toutes immédiatement exigibles, avec les capitaux propres du SA. Pour être considéré comme solvable le SA doit avoir un ratio de capitaux propres supérieur à 100 %.

Dans des circonstances exceptionnelles (catastrophes, épidémies, etc.), le SA peut avoir recours à ses réserves pour tenir ses engagements vis-à-vis de ses fournisseurs et de ses adhérents. Encore faut-il que ses réserves soient suffisantes. Le ratio de couverture des charges permet de répondre en partie à cette question.

Indicateur F.3: Ratio de couverture des charges (en prestations) ou taux de réserve*Voir tome 2, page 77*

Ce ratio mesure le degré d'autonomie financière du SA. Il est le rapport entre ses réserves comptables et les charges mensuelles en prestations.

Il n'est pas facile de savoir avec précision le niveau optimal du taux de réserve au regard de l'activité du SA. Il peut être imposé par le législateur pour protéger les bénéficiaires. En l'absence de dispositions légales, il semble prudent de viser un taux de 50 à 75 pour-cent. Cela signifie que les réserves devraient couvrir de 6 à 9 mois de prestations.

L'accroissement de la valeur du ratio traduit une moindre dépendance à l'égard du financement extérieur. A l'inverse, une diminution de la valeur dénote une plus grande vulnérabilité du SA.

Ces trois indicateurs fournissent les premiers éléments de réponse quant à la viabilité financière d'un SA.

4.1.2 Le financement de l'activité du SA

En principe, un SA doit couvrir ses charges à l'aide des cotisations qu'il perçoit. Il est intéressant de savoir ce qu'il en est dans la réalité. L'indicateur F.4 construit sur la base du CdR permet de répondre à cette question.

Indicateur F.4: Ratio des cotisations acquises / charges

Voir tome 2, page 78

Ce ratio permet de voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations. Deux ratios peuvent être calculés suivant les charges considérées:

F.4.1: Ratio des cotisations acquises / charges d'exploitation

Ce ratio devrait être supérieur ou égal à 1.

F.4.2: Ratio des cotisations acquises / charges totales

Un ratio supérieur ou égal à 1 indique que le SA a dégagé des excédents et est en mesure d'investir.

Ces ratios permettent de juger du niveau de couverture des charges au moyen des cotisations. En cas de «couverture» insuffisante, le SA peut éprouver à moyen terme des difficultés à tenir ses engagements, en particulier si les autres sources de financement (emprunts, fonds de garantie, subventions) sont limitées.

4.1.3 La «bonne marche financière» du SA

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents si une part importante des cotisations est utilisée au paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas.

Il convient dès lors d'évaluer si le SA alloue de façon optimale ses ressources (en particulier les cotisations perçues) au paiement des prestations. C'est l'objectif du troisième élément d'appréciation de la viabilité financière d'un SA.

Deux ratios construits à l'aide du CdR sont présentés à cet effet. Ils permettront en outre d'apprécier si la cotisation a été correctement positionnée³³.

Indicateur F.5: Ratio de sinistralité

Voir tome 2, page 79

Ce ratio mesure la part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations. On estime de l'ordre de 75 pour-cent le ratio de sinistralité pour un SA performant. Il ne s'agit pas d'une norme fixe, mais d'un point de repère indicatif que l'expérience pourra confirmer.

Si ce ratio est trop faible, les adhérents peuvent être en droit de se demander pourquoi ils cotisent. Plus ce ratio est faible, moins ils verront l'utilité du SA. Mais si ce ratio est trop élevé, le SA peut être en difficulté. Sa marge brute peut devenir trop faible pour couvrir ses autres charges (hors prestations) et constituer des réserves.

La «bonne marche financière» d'un SA se mesure également par le niveau des frais de fonctionnement.

33 Pour plus de détails sur ce sujet voir: «Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place, Manuel de formateurs», BIT-STEP, ANMC, WSM, 2000.

Indicateur F.6: Ratio des frais de fonctionnement brut

Voir tome 2, page 80

Ce ratio mesure la part des ressources financières du SA utilisée pour son fonctionnement. Il est admis qu'un ratio inférieur ou égal à 15 pour-cent est d'un niveau approprié.

Il est souhaitable que ce ratio soit le plus bas possible. L'expérience montre cependant que les SA, travaillant en milieu rural avec des charges de fonctionnement élevées, arrivent rarement à les maintenir en dessous du seuil de 15 pour-cent.

4.2 Éléments d'analyse de la viabilité financière

La construction des indicateurs précédents est une opération mécanique. En revanche, l'analyse et l'interprétation des résultats est un exercice plus complexe. Dans cette section, des éléments d'analyse des résultats – obtenus sur la base du CdR, du bilan et des indicateurs – sont fournis afin de renforcer la capacité des gestionnaires et évaluateurs à interpréter la situation financière du SA.

Trois éléments sont proposés dans cette section:

- un exemple d'interprétation des résultats, basé sur l'analyse des ratios et du résultat du SA au cours de l'exercice (excédent ou déficit);
- une description de mécanismes de consolidation possibles pour renforcer la capacité du SA à faire face aux imprévus;
- une présentation synthétique de niveaux de viabilité qui donne des «points de repère» pour juger de la situation financière du SA.

4.2.1 Un exemple d'interprétation des résultats

L'interprétation est réalisée en partant du résultat de l'exercice. Deux cas de figure sont présentés suivant que ce résultat est un déficit ou un excédent. Les analyses présentées ci-dessous ne sont pas exhaustives et pourront être complétées par d'autres éléments développés dans les sections suivantes, comme la prise en compte des coûts cachés (voir partie III, section 4.4.1).

a) Premier cas de figure: le résultat est un déficit

Les évaluateurs identifient grâce aux états financiers l'existence d'un déficit (perte). Le point de départ de la réflexion est de comprendre pourquoi les charges ont excédé les produits. Les causes peuvent être très diverses dans la mesure où les produits peuvent avoir été anormalement faibles ou les charges particulièrement élevées (dépenses de soins, frais de gestion, etc.).

Afin de comprendre la nature de ce déficit, seront analysés dans un premier temps les produits (étape 1) et dans un second temps les charges (étape 2).

Etape 1 - Analyse des produits

Les principales ressources sont en principe les cotisations et les droits d'adhésion. L'analyse des produits portera en particulier sur les cotisations. Pour comprendre pourquoi la collecte des cotisations (produits) a été insuffisante, il faut distinguer deux situations.

➡ **Le taux de recouvrement (M.6) est satisfaisant**

Dans ce cas, les cotisations budgétées ont été surestimées. Les raisons du déficit doivent être recherchées en priorité dans la dynamique d'affiliation du SA, en particulier à travers l'analyse des taux de croissance (M.1) et du taux de fidélisation (M.2).

Les gestionnaires devront chercher les causes ayant entravé les adhésions: garanties inadaptées, méfiance à l'égard du SA, durée de remboursement trop longue, politique de promotion du SA inefficace, etc.

Quoi qu'il en soit, des produits structurellement faibles constituent un important signal de danger pour le SA.

➡ **Le taux de recouvrement n'est pas satisfaisant.**

Une rentrée réduite de cotisations à un moment donné peut résulter d'une difficulté du SA à recouvrer les cotisations de ses adhérents. Un faible taux de recouvrement n'influe pas directement le résultat d'exploitation. Les cotisations acquises pour l'exercice considéré, sont des produits figurant dans le CdR, que le SA les ait effectivement perçues ou non. Les cotisations non perçues figurent dans le bilan comme des créances à recouvrer³⁴.

Cependant, un faible taux de recouvrement peut avoir entraîné:

- des frais de recouvrement supplémentaires;
- des frais financiers (recours à l'emprunt);
- une réduction des produits financiers, dans la mesure où le SA a dû réduire ses placements pour faire face à ses dépenses.

Le taux de recouvrement est donc important à suivre. Les solutions à mettre en œuvre si ce taux est faible peuvent être par exemple:

- l'amélioration du suivi du recouvrement;
- la vérification des droits aux prestations. Si le contrôle à ce niveau est déficient, verser les cotisations ne devient plus une condition d'accès aux prestations ce qui peut inciter certains adhérents à ne pas effectuer les paiements requis;
- la suspension des droits en cas de non-paiement des cotisations (selon les règles fixées par le SA). Si cette suspension n'est pas effective, les mêmes difficultés que celles décrites au point précédent peuvent être observées.

Etape 2 - Analyse des charges

La seconde étape de l'analyse du déficit, consiste à réviser les charges supportées par le SA. Les principales charges correspondent à la couverture des dépenses de santé et aux frais de fonctionnement.

➡ **Analyse des prestations prises en charge par le SA**

Il est souhaitable que les prestations soient couvertes par les cotisations acquises, d'autant que ces dernières servent aussi à couvrir les frais de fonctionnement. Le rapport entre les prestations payées et les cotisations acquises est la sinistralité (F.5).

Il est généralement admis qu'un ratio de sinistralité normal est de l'ordre de 75 pour-cent. Aussi pour les besoins de l'analyse, trois cas de figure sont-ils présentés:

³⁴ Il faut noter, toutefois, que le SA peut être contraint avec le temps, de considérer comme charges (provisions) des créances dont le recouvrement s'avère très improbable.

* Cas 1: sinistralité supérieure à 100 pour-cent.

Les prestations payées dépassent le montant total des cotisations qui doivent également servir à prendre en charge les frais de fonctionnement. Le SA est face à un déficit technique et la seule activité d'assurance santé pour l'exercice en cours n'est pas viable car elle est structurellement déficitaire. Il convient de poursuivre l'analyse afin d'expliquer ce déséquilibre. Les fiches de suivi du portefeuille de risques sont ici utiles à l'analyse (voir partie II, section 1.2.4).

Un taux de sinistralité supérieur à 100 pour-cent peut résulter:

- d'une consommation trop élevée de manière conjoncturelle. Elle peut être due à une épidémie ou à quelques prestations particulièrement coûteuses. Des mesures peuvent être imaginées pour limiter leurs effets, notamment au travers des mécanismes de consolidation financière (réserves, réassurance, fonds de garantie);
- d'une consommation structurellement trop élevée. Il peut s'agir d'un «sous-positionnement» de la cotisation ou d'une surconsommation chronique. Cette dernière peut être liée aux mécanismes d'adhésion (adhésion individuelle non limitée dans le temps qui favorise la sélection adverse), aux prestations remboursées (les soins ambulatoires favorisent la surconsommation), à l'absence de contrôle (fraudes et prêts de cartes qui favorisent la surprescription), etc.

La meilleure méthode pour connaître les origines du déficit technique est d'analyser l'évolution des fréquences d'utilisation des services par les bénéficiaires et l'évolution des coûts moyens des prestations prises en charge par le SA.

- L'analyse des fréquences d'utilisation des services. Une surutilisation des services constatée pendant certains mois de l'année et n'ayant pas eu lieu les années précédentes, peut être due à une épidémie. Il conviendra de le vérifier en concertation avec le personnel de santé. Si ce n'est pas le cas, il est possible que la surutilisation soit frauduleuse, les bénéficiaires ayant profité d'une déficience dans le contrôle: arrangements entre les bénéficiaires et le personnel soignant, prêts de cartes, etc.

Si les consommations présentent des profils analogues à celles des années précédentes, il convient d'éliminer l'hypothèse d'un événement exceptionnel. Le déficit semble alors lié à des causes plus structurelles. Il est probable que le SA est confronté à de la sélection adverse et/ou à de la surconsommation.

Dans ce cas, l'analyse de la qualité du portefeuille de risques (voir partie III, section 2.2) permet d'apporter les premiers éléments de réponse. S'il est mis en évidence que le SA est confronté à certains risques liés à l'assurance, des mesures pour les limiter devront être envisagées pour rétablir l'équilibre financier. Ces mesures peuvent être: la mise en place de copaiements, l'application d'une période probatoire, l'instauration de mécanismes d'entente préalable ou de référence obligatoire, et/ou la révision des conditions d'adhésion.

Outre l'analyse du portefeuille de risques, les caractéristiques des bénéficiaires peuvent être un autre élément intéressant à analyser (voir tableau 4). Il s'agit de décomposer la structure des bénéficiaires par sexe, âge, profession, etc. Il sera possible de repérer une éventuelle sélection adverse par la présence de catégories de bénéficiaires surreprésentées par rapport à la population totale.

Exemple: une majorité de femmes enceintes et d'enfants pour un SA couvrant l'ambulatoire et les accouchements, ou une proportion importante de travailleurs à hauts risques professionnels ou de personnes âgées, sont des signes de sélection adverse.

Des modifications dans les modalités d'adhésion pourront être envisagées pour rétablir l'équilibre financier.

- *L'analyse des coûts moyens des prestations.* La première question à se poser est de savoir si les coûts moyens ont correctement été estimés dans le calcul de la cotisation (en particulier pour les SA en phase de démarrage). Il est possible en effet que le déficit d'exploitation est dû à une sous-estimation des coûts moyens des prestations. Dans ce cas, un ajustement des cotisations doit être envisagé.

Le second niveau d'analyse porte sur l'évolution des coûts moyens:

- ✓ Une forte augmentation des coûts moyens des prestations par rapport à la période antérieure peut être due à une augmentation des coûts des actes ou à une tendance à la surprescription.
- ✓ Si les coûts moyens sont stables ou en diminution, le déficit observé est nécessairement lié à une augmentation de la consommation des bénéficiaires.

Il est alors important, au vu de l'analyse, de prendre des mesures visant à limiter les risques liés à l'assurance santé. Ces mesures sont décrites dans la partie III, section 2. Elles seront indispensables en vue de rétablir l'équilibre financier du SA.

* *Cas 2: sinistralité élevée (entre 90 pour-cent et 100 pour-cent).*

Le second cas d'analyse est celui d'un SA en déficit présentant un taux de sinistralité élevé. Cette forte sinistralité implique nécessairement des ressources moindres pour couvrir les autres charges. Même s'il existe une marge technique, elle peut être insuffisante et peut expliquer le déficit de l'exercice. Les évaluateurs pourront procéder au même type d'analyse que celle présentée ci-dessus (cas 1) pour connaître les origines du déficit.

* *Cas 3: sinistralité normale (environ 75 pour-cent).*

Le dernier cas d'analyse est celui d'un SA en déficit présentant une sinistralité «normale». Cela signifie que le SA dispose d'une marge significative une fois toutes les prestations maladie payées. Le déficit n'est probablement pas lié aux charges en prestations. Il convient alors d'analyser les autres charges du SA, à savoir celles liées au fonctionnement.

➡ **Analyse des charges de fonctionnement**

Le déficit peut être lié à des charges trop importantes pour assurer le fonctionnement du SA (loyer, sous-traitance, frais de réunion, frais de transports, salaires et indemnités, achats de matériel, etc.). L'analyse est à mener indépendamment de la sinistralité du SA.

Une analyse des charges de fonctionnement supportées par un SA (comme toute entité financière) est un exercice complexe. Elle est souvent le fruit d'une évaluation à part entière. C'est la raison pour laquelle, le guide se limite à la présentation de trois éléments d'analyse.

- *L'évolution absolue des charges de fonctionnement.* L'exercice consiste à analyser le montant total des charges de fonctionnement sur la durée. Un niveau anormalement élevé de ces charges par rapport aux exercices antérieurs peut être à l'origine du déficit constaté. Les évaluateurs devront en déterminer l'origine. Une augmentation non contrôlée de ces charges peut remettre en cause la viabilité du SA. Si nécessaire, des mesures de maîtrise des charges devront être mises en œuvre.
- *L'évolution relative des charges de fonctionnement.* L'exercice consiste à analyser l'évolution du ratio des frais de fonctionnement brut. Un ratio supérieur à 15 pour-cent (par convention), signifie que le SA a des charges de fonctionnement supérieures à la

normale. Cela peut être à l'origine du déficit. Les gestionnaires doivent envisager les moyens visant à réduire ces charges.

Une analyse plus fine consiste à mesurer le rapport entre les charges de fonctionnement et les cotisations acquises. Si ce rapport est supérieur à 25 pour-cent, deux cas sont à considérer:

- ✓ Le SA est en démarrage et le nombre d'adhérents est encore faible, les charges fixes sont donc réparties sur un faible nombre de personnes.
- ✓ Le SA est en phase de «croisière» et a de nombreux adhérents. Dans ce cas les charges de fonctionnement sont structurellement trop élevées. Des mesures de limitation des charges de fonctionnement devront être trouvées pour rétablir l'équilibre financier du SA.
- *La structure des charges de fonctionnement.* L'analyse porte sur la différenciation entre les charges fixes et variables. Cela permet aux gestionnaires de mesurer leurs «marges de manœuvre» en vue de rétablir l'équilibre financier du SA. Le recours à des allègements des charges fixes (sous-traitance, location, etc.) pourra être étudié.

b) Deuxième cas de figure: le résultat est un excédent

Les évaluateurs identifient grâce aux états financiers l'existence d'un excédent. Il faut d'abord s'assurer de la nature de ce résultat en excluant les subventions éventuelles perçues par le SA (voir partie I, section 5.1). Cela permet d'avoir une image plus précise de la situation financière du SA. Un résultat positif hors subvention signifie que le SA a produit un excédent avec ses seules activités. Si le SA perçoit des subventions, il convient dans tous les cas de juger de la pérennité de celles-ci lors de l'analyse financière.

En cas d'excédent (en particulier pour plusieurs années consécutives) plusieurs allocations sont possibles. Ces allocations doivent être étudiées avec prudence quant à leur effet sur le fonctionnement futur du SA. Quatre types d'allocations sont présentés à titre d'exemples:

- *L'affectation aux réserves* (voir section suivante). Cette mesure est particulièrement valide pour les jeunes SA. L'affectation sera différente suivant le niveau des réserves existantes (F.3):
 - ✓ Un taux de réserve supérieur à 75 pour-cent (soit 9 mois de prestations): le SA dispose en principe d'une sécurité suffisante. Cependant, pour les SA en rapide développement (croissance du nombre de bénéficiaires), il est conseillé d'affecter la moitié de l'excédent aux réserves.
 - ✓ Un taux de réserve inférieur à 50 pour-cent (6 mois de prestations de l'exercice achevé): il est conseillé d'affecter l'excédent aux réserves de manière à augmenter ce taux pour approcher les 75 pour-cent.
- *L'amélioration des conditions de prises en charge:* taux de couverture, accroissement des garanties, augmentation du nombre de prestataires autorisés, etc.
- *L'investissement permettant une amélioration de la gestion du SA:* formation du personnel, achat de matériel informatique, etc.
- *L'extension de la zone d'intervention du SA:* investissement dans de nouvelles installations, campagnes de promotion intensive, etc.

4.2.2 Les mécanismes de consolidation financière de l'assurance santé

Le second élément d'analyse financière se rapporte aux mécanismes de consolidation financière qui permette au SA de faire face aux imprévus. Un SA a l'obligation de respecter les contrats qu'il a passés avec ses adhérents, les prestataires et les autres fournisseurs. Il doit disposer de fonds suffisants pour faire face à ses obligations. Or, s'il peut maîtriser ses charges de fonctionnement, il ne peut contrôler totalement les prestations qu'il prend en charge. En cas de catastrophe (épidémie, catastrophe naturelle) ou d'autres événements rares et imprévisibles, un SA peut être amené à couvrir beaucoup plus de prestations que prévu. Pour faire face à ce genre de situation, différents mécanismes de protection existent: les réserves, les emprunts et la réassurance.

a) Les réserves

Les réserves sont des capitaux propres constitués par le SA pour faire face à des situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions légales. Le taux de réserve (F.3) donne une indication du niveau de réserves et de la capacité du SA à faire face dans la durée à des événements imprévus. Toutefois, c'est un niveau d'autoprotection qui peut être insuffisant en cas de catastrophe.

b) Les emprunts

Les emprunts peuvent être souscrits auprès du réseau bancaire classique, mais les garanties exigées et les frais financiers à supporter peuvent rendre cette solution difficile. Des prêts peuvent être octroyés au SA par un fonds de garantie.

Un fonds de garantie est un fonds auquel le SA peut faire appel en cas de difficultés financières. Il est alimenté généralement par plusieurs SA qui le gèrent collectivement. Le plus souvent, le fonds de garantie intervient en accordant un prêt au système qui le sollicite. Les conditions de recours au fonds de garantie sont généralement bien définies. L'intervention peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement du SA et à la mise en œuvre d'un «plan de redressement».

Un SA, ou un réseau de SA, qui adhère à un fonds de garantie est plus solide et viable. Toutefois, le recours à ce type de mécanismes est conditionné par le niveau de développement des systèmes d'assurance santé dans la région où le pays d'implantation du SA. Un troisième mécanisme de consolidation existe, la réassurance.

c) La réassurance

La réassurance est un mécanisme selon lequel un SA souscrit un contrat d'assurance auprès d'une autre société d'assurance. Il s'agit de l'assurance de l'assureur. C'est une assurance au deuxième degré qui lie un assureur direct à un réassureur. Ce mécanisme permet une diversification des risques et leur répartition sur une base plus large.

En pratique, si un SA veut se réassurer, il est nécessaire qu'un réassureur existe sur le même marché, ce qui n'est pas toujours le cas. Cependant, différents SA peuvent créer ensemble une structure qui offre des services de réassurance ou de coassurance (partage de certains risques). Ce mécanisme permet de répartir les risques entre les SA.

4.2.3 Les niveaux de viabilité financière

Cette section fournit en guise de conclusion un tableau récapitulatif des ratios d'analyse financière du SA. En se référant à la «norme» généralement admise pour chaque indicateur, les gestionnaires pourront évaluer le niveau de viabilité financière du SA. Comme il a été déjà indiqué, la constatation de scores inadéquats est fréquente en phase de lancement. L'évolution des scores d'une année sur l'autre est aussi intéressante que leur niveau à un moment donné.

Tableau 13: Récapitulatif des indicateurs de viabilité financière de l'assurance santé

Réf.	Indicateurs	Score SA	Norme	Observations
F.1	Ratio de liquidité immédiate		> 1	Le SA peut faire face à ses dettes à court terme
F.2	Ratio de capitaux propres		> 100 %	Le SA peut honorer ses obligations
F.3	Ratio de couverture des charges ou taux de réserve		50 %- 75 % (6-9 mois)	La solidité financière du SA est satisfaisante en l'absence d'imprévus
F.4.1	Ratio des cotisations acquises/charges d'exploitation		> 1	Le SA est en mesure de couvrir ses charges d'exploitation par les cotisations
F.4.2	Ratio des cotisations acquises/charges totales		> 1	Le SA peut dégager des excédents, constituer des réserves ou amortir
F.5	Ratio de sinistralité		75 % environ	Le SA justifie sa fonction d'assureur en allouant une part substantielle des cotisations au paiement des prestations
F.6	Ratio de frais de fonctionnement brut		< 15 %	Le SA consomme une part raisonnable de ses ressources pour son fonctionnement
	Mécanismes de consolidation (fonds de garantie, réassurance)			Le SA peut faire face à des situations imprévues ou exceptionnelles

4.3 La viabilité économique

Le but de cette section est de fournir des éléments méthodologiques pour évaluer la viabilité économique d'un SA. Il s'agira, en complément des aspects étudiés précédemment, de tenir compte des ressources qui ne sont pas comptabilisées par le SA – appelées «coûts cachés» – mais qui sont nécessaires à son fonctionnement.

Seront abordés successivement:

- la notion de coûts cachés;
- le calcul du résultat économique d'un SA;
- l'évaluation de la viabilité économique d'un SA.

4.3.1 La notion de coûts cachés

D'un point de vue purement économique, un coût se définit comme la valeur des ressources consommées pour produire un bien ou un service. Selon cette définition, toutes les ressources consommées pour le fonctionnement de l'activité d'assurance santé doivent être prises en compte dans l'estimation des coûts.

Les coûts cachés correspondent à des ressources mises à disposition du SA sans que celui-ci n'ait à en supporter la charge financière. Ces ressources sont effectivement consommées dans le cadre de son activité mais non comptabilisées.

Exemple: en Bolivie, en 1996, l'ONG «Institut polytechnique Tomas Katari (IPTK)» a lancé sur la base d'une de ses activités existantes, «la santé pour tous», un projet complémentaire d'assurance santé. Durant la phase de lancement, le responsable et l'administrateur du projet «santé pour tous» ont consacré une partie significative de leur temps à la gestion de l'assurance santé IPTK. Leurs salaires, pris en charge par l'ONG, n'ont pas été supportés par l'assurance santé. Pour autant, ils représentent des ressources utilisées par le SA pour fonctionner (OIT-STEP, OPS, 1999).

Trois catégories de coûts cachés sont distinguées en fonction de la nature de ceux-ci, de leur importance et de la difficulté à les estimer:

- *Les biens et services* mis à la disposition du SA et non comptabilisés dans son budget:
 - ✓ *Les biens.* Il s'agit notamment de la mise à disposition d'un bureau ou d'un local, de dons en nature (matériel de gestion, fournitures de bureau, etc.), d'investissements financés par des ressources externes et dont le SA n'assume pas l'amortissement (bâtiment, équipements informatiques, véhicule), etc.
 - ✓ *Les services.* Il s'agit par exemple de la préparation par une structure d'appui des états financiers du SA, du financement de sessions de formation continue par un opérateur externe, de la prise en charge des frais de déplacement des gestionnaires du SA par une ONG, etc.
- *Les ressources sous forme de travail* mises à la disposition du SA et non comptabilisées. Il peut s'agir notamment de:
 - ✓ *La mise à disposition de personnel rémunéré* (pour la gestion, l'administration, la promotion, etc.). C'est le cas par exemple d'un agent d'une structure d'appui qui participe à la gestion du SA en phase de démarrage, de l'aide que peut accorder une municipalité ou l'organisation responsable en détachant un collaborateur pour aider le SA (travaux comptables, collecte des cotisations), etc.

- ✓ *La mise à disposition de personnel bénévole.* En phase de démarrage, un SA peut bénéficier de la participation bénévole de différents acteurs. Le bénévolat fait par exemple partie intégrante de la culture mutualiste. Cependant, l'expérience montre que certaines fonctions de gestion ne peuvent être assurées durablement de cette façon. Parmi les tâches d'administration et de gestion, il appartient d'identifier celles qui peuvent être réalisées bénévolement dans la durée (participation au conseil d'administration, au conseil de surveillance, etc.) de celles dont la rémunération est à prévoir. Dans ce cas, il est conseillé, en utilisant la méthode proposée dans le tome 2, d'estimer les coûts correspondants et d'apprécier la capacité du SA à les financer.
- *Les avantages octroyés au SA et non comptabilisés dans son budget:*
 - ✓ *Les avantages financiers.* Il s'agit notamment d'une réduction tarifaire importante à titre provisoire et pour une période limitée accordée par un hôpital. Le SA devrait considérer les «économies» réalisées comme des coûts cachés qu'il devra assumer une fois cette période avantageuse terminée.
 - ✓ *Les autres privilèges.* Il s'agit notamment des avantages dont bénéficie un SA de par son statut. Le passage d'un SA à une autonomie statutaire peut entraîner des coûts qui sont à prendre en compte (par exemple détaxes de matériel).

4.3.2 Le calcul du résultat économique

Le résultat économique est égal au résultat figurant dans le CdR moins les coûts cachés valorisés, c'est-à-dire ceux qui doivent, effectivement, être pris en compte.

La première section a permis de définir la notion de coûts cachés. Si ceux-ci sont importants et que les ressources qui les financent ne sont pas pérennes, la viabilité future du SA peut être remise en cause. Les gestionnaires et évaluateurs devront:

- *Identifier les coûts cachés.* Le tableau de rôle (voir partie IV, section 1.1.2) décrivant les fonctions assurées au sein du SA est un outil facilitant l'identification des coûts cachés liés au travail et aux services. Cela est particulièrement utile pour les SA bénéficiant de l'appui d'un projet en phase de démarrage ou ceux dont certaines tâches sont déléguées et assurées par un tiers (prestataires de soins, municipalité, organisation responsable, etc.).
- *Valoriser les coûts cachés (estimer leur valeur).* Pour chaque ressource utilisée et non comptabilisée par le SA, il faut se demander si son coût doit être pris en compte ou pas. Ce sont essentiellement les coûts qui ne pourront pas être assumés de façon durable par l'extérieur qui devront être pris en compte. Il ne s'agit donc pas de valoriser l'ensemble des coûts non supportés par le SA. Une méthode de valorisation des coûts cachés est proposée dans le tome 2.
- *Estimer le résultat économique du SA.* La prise en compte de ces coûts supplémentaires par le SA va diminuer son résultat. Si le résultat de l'exercice est positif alors que le résultat économique est négatif, la viabilité du SA est dépendante des ressources extérieures qu'il reçoit.

La capacité d'un SA à prendre en charge les coûts cachés détermine sa viabilité d'un point de vue économique.

4.3.3 L'évaluation de la viabilité économique

La viabilité économique d'un SA peut être mesurée par deux indicateurs: le taux de financement propre et le ratio cotisations acquises sur charges plus coûts cachés.

Indicateur V.1: Taux de financement propre

Voir tome 2, page 83

Cet indicateur est le rapport entre les produits propres du SA (produits avant subvention) et les coûts totaux de l'exercice (charges totales comptabilisées + coûts cachés).

Un taux de financement propre élevé signifie que le SA est en mesure de financer l'ensemble de ses charges (y compris les coûts cachés) avec ses ressources propres. Ce taux permet d'apprécier le niveau de dépendance du SA par rapport à des ressources externes. Pour les SA recherchant l'autonomie financière, l'objectif est d'atteindre un taux supérieur à 100 %.

Indicateur V.2: Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)

Voir tome 2, page 84

Ce ratio est le rapport entre les cotisations acquises et le total des charges de l'exercice plus les coûts cachés.

Si ce ratio est supérieur à 1, cela signifie que le SA, dégageant déjà un excédent sans la prise en compte des coûts cachés, est en mesure d'assumer seul l'ensemble des charges grâce aux seules cotisations des adhérents.

Synthèse

Dans cette partie, consacrée à l'évaluation de la viabilité d'un SA, les évaluateurs et gestionnaires se sont vu proposer un grand nombre d'indicateurs. Cette section a pour but de reprendre de façon synthétique la liste des indicateurs présentés afin de construire un tableau de bord relatif à la viabilité de l'assurance santé.

Les indicateurs calculés au niveau administratif, technique, fonctionnel, financier et économique devront être repris dans le tableau ci-dessous et comparés avec les «normes» ou références habituelles.

Tableau 14: Récapitulatif des indicateurs de viabilité de l'assurance santé

N°	Indicateurs d'évaluation de la viabilité	Score obtenu	Norme	Observations
Viabilité administrative				
T.1.1	Outils de gestion et de suivi des adhésions		1	
T.1.2	Utilisation des outils de gestion et de suivi des adhésions		1	
T.2	Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion		1	
T.3	Contrôle des droits aux prestations		1	
T.4	Suivi des prises en charge		1	
T.5	Suivi du portefeuille de risques		1	
T.6	Suivi de l'enregistrement comptable		1	
T.7	Suivi financier		1	
T.8	Qualité globale du suivi		6	
Viabilité technique				
G.1	Modalités d'adhésion		0	
G.2	Qualité du portefeuille de risques		–	Suivant les garanties couvertes
G.3.1	Evolution des coûts moyens des prestations prises en charge		0 %	Graphique
G.3.2	Comparaison des coûts moyens des services pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires		< 100 %	

N°	Indicateurs d'évaluation de la viabilité	Score obtenu	Norme	Observations
Viabilité fonctionnelle				
M.1	Taux de croissance brut		> 0	
M.2	Taux de fidélisation		80 %	
M.3	Taux de croissance interne		> 0	
M.4	Taux de croissance externe		> 0	S'il y a extension de la zone
M.5	Taux de pénétration		-	Dépend du SA
M.6	Taux de recouvrement		100 %	
M.7	Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents			En fonction des accords avec les prestataires
Viabilité financière				
F.1	Ratio de liquidité immédiate		> 1	
F.2	Ratio de capitaux propres		> 100 %	
F.3	Ratio de couverture des charges ou taux de réserve		50 % à 75 %	
F.4.1	Ratio des cotisations acquises/charges d'exploitation		> 1	
F.4.2	Ratio des cotisations acquises/charges totales		> 1	
F.5	Ratio de sinistralité		75 % environ	
F.6	Ratio des frais de fonctionnement brut		< 15 %	
Viabilité économique				
V.1	Taux de financement propre		> 100 %	
V.2	Ratio des cotisations acquises (charges plus coûts cachés)		> 1	

Partie IV

Evaluation de la viabilité institutionnelle du système de micro-assurance santé

Cette quatrième partie est comme la précédente destinée aux personnes et organisations réalisant une évaluation. Il peut s'agir de structures d'appui, d'évaluateurs indépendants ou de gestionnaires de SA.

La troisième partie est consacrée à l'évaluation de la viabilité d'un point de vue administratif, technique, financier et économique de l'assurance santé considérée en tant qu'instrument financier. Elle ne tient pas compte d'un ensemble de facteurs institutionnels de viabilité.

Ces facteurs sont liés dans une grande mesure à l'organisation qui assume la responsabilité du fonctionnement de l'assurance. Ces organisations, dénommées «organisations responsables (OR)» dans la suite du texte, peuvent être de nature très diverse. Il peut s'agir, entre autres:

- d'organisations communautaires (au sens large) tels que les groupements de femmes, les associations villageoises ou autres, les mutuelles, les coopératives;
- d'organisations de microfinance;
- d'organisations du secteur de la santé, de prestataires de soins en particulier;
- d'organisations non gouvernementales;
- d'organisations syndicales;
- de collectivités locales.

Ces organisations poursuivent des objectifs différents, certains étant parfois assez éloignés de l'amélioration de la santé des adhérents du SA. Il peut s'agir notamment d'objectifs:

- *économiques*: accroître et fidéliser la clientèle, augmenter les gains, fournir des services financiers aux adhérents, etc.;
- *sociaux*: renforcer les solidarités face à la maladie, venir en aide à des individus en difficultés, etc.;
- *sanitaires*: faciliter l'accès aux soins, améliorer la qualité des services de santé, réduire la prévalence des maladies, etc.;
- *politiques*: promouvoir la représentation et la défense des intérêts des adhérents, promouvoir le dialogue et le débat démocratique, etc.

La nature des objectifs poursuivis par l'OR doit être prise en compte lors de l'évaluation de la viabilité du SA. Elle est également à considérer dans la compréhension des difficultés rencontrées par le système et dans l'identification des mesures permettant d'y remédier.

Par exemple, un système mutualiste ne pratique pas, en raison de son objectif de solidarité, de sélection des demandes d'adhésion en fonction des risques personnels de santé des personnes concernées. La viabilité du SA «mutualiste» peut être remise en cause s'il est confronté à la concurrence de systèmes réalisant ce type de sélection car il peut avoir à assumer la couverture de personnes présentant un profil moyen de risques plus élevé.

En plus des objectifs de l'OR, d'autres facteurs institutionnels de viabilité de l'assurance sont liés aux caractéristiques de cette organisation et à ses «liens» avec l'assurance. Des situations extrêmement variées sont rencontrées dans ce domaine. Trois sont plus particulièrement fréquentes:

- L'organisation ne met en œuvre que l'assurance. C'est le cas par exemple de certaines mutuelles de santé.

- L'organisation met en œuvre d'autres activités en plus de l'assurance. C'est le cas des prestataires de soins et de nombreuses mutuelles.
- L'organisation étant d'un niveau supérieur, par exemple un mouvement de femmes de grande dimension, elle gère différentes structures (par exemple coopératives et centres de santé) dont l'une a directement en charge l'assurance.

Dans le deuxième et troisième cas, il existe souvent, dans la pratique, des relations entre les différentes activités (et/ou structures dans le troisième cas). Il est fréquent en particulier que l'assurance santé soit subventionnée par des activités à caractère économique. Sur le plan organisationnel, il est également habituel que des ressources humaines soient partagées entre les différentes activités de l'OR.

Ces relations entre les activités jouent un rôle important sur la viabilité de l'assurance. Elles vont être examinées dans le cadre de cette quatrième partie consacrée plus généralement aux aspects institutionnels de la viabilité du SA. Tous ces aspects ne peuvent être passés en revue. Seuls ceux qui ont été considérés comme les plus importants, au regard de la situation actuelle des SA, sont abordés. Il est ainsi traité successivement:

- de la répartition des tâches et de la gestion des ressources humaines du SA;
- des liens et complémentarités entre l'assurance et les autres activités conduites par l'OR;
- des liens du SA avec les prestataires de soins;
- du cadre juridique et réglementaire de fonctionnement du SA.



La répartition des tâches et la gestion des ressources humaines du système de micro-assurance santé

Une bonne exécution des différentes tâches entrant dans le fonctionnement de l'assurance, constitue un facteur très important de la viabilité et de l'autonomie du SA. Cette bonne exécution est dépendante d'une part de la manière dont sont organisées et distribuées les responsabilités et d'autre part de la qualification des personnes ayant à assumer les différentes tâches. Ces deux éléments sont passés en revue ci-après.

1.1 La distribution des responsabilités

Toutes les fonctions et tâches nécessaires au bon fonctionnement de l'assurance doivent être clairement définies et attribuées.

Ces fonctions peuvent être assumées par des organes et/ou des personnes appartenant à l'OR ou pas (par exemple un cabinet comptable qui établit les états financiers). La distribution des fonctions en «interne» et «externe» a des répercussions importantes notamment sur l'autonomie du SA, sur ses coûts de fonctionnement, sur les besoins en formation de son personnel, etc. Bien souvent, elle a également des répercussions sur la qualité d'exécution des fonctions. Pour l'ensemble de ces raisons, la distribution des responsabilités constitue un élément très important à analyser pour évaluer et améliorer la viabilité des SA.

La démarche proposée pour analyser cette distribution consiste à :

- identifier les organes et les acteurs impliqués dans l'administration et la gestion du SA;
- comparer les rôles des différents acteurs tels que définis par les textes (règlement intérieur, statuts, manuel des fonctions, etc.) avec les rôles qu'ils assument réellement. Cet exercice s'appuiera sur la construction de tableaux de rôle théorique et réel. Cette comparaison devra déboucher sur une analyse de la fonctionnalité de la distribution des rôles adoptée.

Enfin, l'analyse portera sur le niveau d'autonomie du SA considéré du point de vue organisationnel.

1.1.1 Les organes et acteurs impliqués dans l'administration et la gestion

Dans cette section, des indications sont données pour dresser un inventaire des organes et acteurs impliqués dans l'administration et la gestion du SA. Si l'OR conduit différentes activités, l'inventaire ne portera que sur les organes et acteurs administrant ou gérant le SA.

Le nom et les compétences des organes peuvent varier en fonction du statut du SA. Les évaluateurs devront distinguer les organes dotés :

- *d'un pouvoir décisionnel*: assemblée générale (AG) des adhérents ou des actionnaires et le conseil d'administration (CA). Ils sont également appelés organes de gouvernance. Ils sont chargés, entre autres et selon les cas, de définir les missions du SA et sa politique générale, d'approuver ses statuts et règlements, son budget et ses comptes;
- *d'un pouvoir exécutif*: comité d'exécution, direction exécutive, aussi appelé bureau ou secrétariat exécutif. Ces organes sont en charge de l'administration quotidienne du SA et sont, le cas échéant, subdivisés en sous-directions (direction générale, service des finances, service du personnel, etc.). Il peut s'agir d'organes externes à l'organisation et au SA (médecin-conseil, expert-comptable, etc.). Dans certains cas, un comité de gestion peut cumuler des fonctions décisionnelles et exécutives;
- *d'une mission de contrôle*: comité de surveillance, service d'audit interne ou externe. Ces organes contrôlent la conformité des actions du SA aux statuts et règlements intérieurs ainsi qu'aux procédures de gestion. Ils veillent également à l'exactitude des comptes et, plus globalement, à éviter un usage abusif ou frauduleux des ressources.

Les acteurs sont identifiés sur la base des textes en vigueur (statuts, règlements intérieurs, procès-verbaux, etc.) et classés suivant la nature de l'organe auquel ils appartiennent (pouvoir décisionnel, pouvoir exécutif, mission de contrôle).

Huit catégories d'acteurs ont préalablement été établies, réparties en deux groupes suivant qu'ils sont internes ou externes au SA. D'autres catégories d'acteurs peuvent exister en fonction des spécificités du SA et du contexte.

a) Les acteurs internes

Ils comprennent :

- *Les adhérents*, élus ou non, assurant une fonction à titre bénévole. Il peut s'agir d'adhérents bénévoles au sein des organes de gestion ou des adhérents participant aux organes décisionnels (AG, CA).

- *Le personnel bénévole, non-adhérents, œuvrant au sein du SA à titre permanent ou occasionnel. Ces personnes peuvent travailler dans les organes décisionnels (CA, AG), les organes de gestion ou de contrôle, en tant que stagiaires ou autres.*
- *Le personnel de services internes à l'OR dont le SA n'assume pas la charge: personnel commun à plusieurs unités de l'OR (par exemple services financiers ou direction générale). Il s'agit de personnel rémunéré par l'OR et non par le SA.*
- *Le personnel salarié ou indemnisé par le SA. Il s'agit de l'ensemble des personnes rémunérées par le SA. Si du personnel de l'OR est utilisé pour le SA et pour d'autres activités, il convient de créer une sous-catégorie pour le distinguer du personnel salarié travaillant exclusivement pour le SA.*

b) Les acteurs externes

Ils comprennent:

- *des prestataires de services externes rémunérés. Il s'agit par exemple d'experts comptables, commissaires aux comptes, etc.;*
- *des prestataires de soins. Certains prestataires de soins effectuent des opérations de gestion pour le SA (collecte des cotisations, enregistrement des adhérents, etc.). Il conviendra de distinguer, le cas échéant, les opérations qui relèvent logiquement des prestataires (par exemple contrôle des cartes), des opérations qui suivant le niveau de développement du SA devraient lui revenir – et dont il n'assume pas encore la charge – (collecte des cotisations, mise à jour des registres d'adhésion, etc.);*
- *une assistance technique de projets ou d'ONG (locales ou internationales). A la différence des prestataires de services, celle-ci ne fait pas l'objet d'une rémunération;*
- *une assistance technique de tiers. Dans certains cas, le SA peut bénéficier de l'assistance technique ou de services non facturés de la part d'autorités publiques (municipalité, autorité provinciale ou régionale) ou privées (en particulier pour les SA à base socioprofessionnelle). Cette catégorie est distinguée des prestataires de services en raison de sa gratuité. Cette assistance est également distinguée de celle des projets et d'ONG dans la mesure où elle est, en principe, davantage pérenne (notamment si des obligations légales sont en vigueur).*

1.1.2 La construction des tableaux de rôle théorique et réel

Après avoir identifié les organes et les différents acteurs, il est possible de construire un outil d'analyse: le tableau de rôle. Un premier tableau, le tableau de rôle théorique (tableau 15), construit sur la base des documents et textes réglementaires en vigueur, permet de visualiser la manière dont l'organisation du SA a été conçue et devrait fonctionner. Il peut apparaître que certaines fonctions n'ont pas été prévues. Les responsables du SA pourront alors réfléchir sur l'opportunité de compléter les textes régissant le fonctionnement du SA ou celui de l'OR.

Une fois ce premier tableau construit, il s'agit d'élaborer un second tableau de rôle à partir des fonctions effectivement assurées par les différents acteurs au sein des organes d'administration et de gestion: le tableau de rôle réel (tableau 15bis).

Les deux tableaux de rôle présentent la même liste de fonctions. Celles-ci ont été sélectionnées en raison de leur importance pour la bonne marche du SA.

Tableaux 15 et 15bis: Tableau de rôle théorique et tableau de rôle réel

Voir tome 2, page 36

Fonctions	Organes	Acteurs au sein de l'organe	Observations
Fonctions décisionnelles			
Relations institutionnelles			
Qui est responsable du SA et le représente vis-à-vis de l'extérieur?			
Qui élit ou nomme les membres des organes d'exécution?			
Qui décide des actions judiciaires?			
Qui décide de convoquer l'AG?			
Gestion administrative			
Qui décide des modalités d'adhésion?			
Qui décide de l'admission ou de l'exclusion d'un adhérent?			
Qui sanctionne une fraude?			
Qui décide des conditions d'adhésion (mode et types d'adhésion, etc.)?			
Gestion technique			
Qui décide des services offerts?			
Qui décide du montant des cotisations?			
Qui décide de l'exclusion (temporaire ou non) du droit aux prestations?			
Qui décide de l'introduction de mesures de limitation des risques liés à l'assurance (copaiement, référence obligatoire, etc.)?			

Fonctions	Organes	Acteurs au sein de l'organe	Observations
Gestion comptable et financière			
Qui approuve le budget prévisionnel?			
Qui approuve le compte de résultat et le bilan?			
Qui propose l'affectation des résultats?			
Qui décide de l'affectation des résultats?			
Qui décide des placements financiers?			
Qui intervient en cas de détournement de fonds?			
Qui décide du remboursement des adhérents ou du paiement des prestataires?			
Relations avec les prestataires			
Qui choisit les prestataires?			
Qui signe les conventions avec les prestataires?			
Qui décide de référer les malades à un échelon supérieur?			
Qui décide du retrait de l'agrément d'un prestataire?			
Fonctions exécutives			
Assemblée générale			
Qui organise l'AG?			
Qui informe et convoque les adhérents?			
Gestion administrative			
Qui reçoit les demandes d'adhésion?			
Qui tient à jour les outils de gestion (registre d'adhésion, etc.)?			
Qui établit les cartes d'adhérent?			

Fonctions	Organes	Acteurs au sein de l'organe	Observations
Qui traite les demandes de prise en charge?			
Qui informe les bénéficiaires des services couverts?			
Qui organise des campagnes d'information auprès du public cible?			
Qui enregistre le paiement des cotisations?			
Qui effectue le recouvrement des cotisations?			
Qui suit les encaissements?			
Gestion technique			
Qui négocie les conventions avec les prestataires?			
Qui calcule le montant des cotisations?			
Qui fait le suivi des prestations (fréquences, coûts moyens, etc.)?			
Qui réalise les arbitrages en matière de prise en charge?			
Gestion comptable et financière			
Qui prépare le budget prévisionnel?			
Qui réalise le suivi budgétaire?			
Qui prépare le plan de trésorerie?			
Qui réalise le suivi de la trésorerie?			
Qui engage les dépenses?			
Qui recouvre les créances?			
Qui tient les documents d'enregistrement comptable?			
Qui élabore le compte de résultat?			
Qui établit le bilan?			

Fonctions	Organes	Acteurs au sein de l'organe	Observations
Activités connexes			
Qui organise les activités de prévention et d'éducation à la santé?			
Qui réalise les activités de prévention et d'éducation à la santé?			
Qui organise les autres activités du SA (par activité)?			
Qui réalise les autres activités du SA (par activité)?			
Fonctions de contrôle			
Contrôle interne			
Qui contrôle la qualité de bénéficiaire?			
Qui effectue les contrôles comptables et financiers?			
Qui contrôle la caisse?			
Qui contrôle les factures des prestataires?			
Qui effectue le contrôle médical des prises en charges?			
Qui effectue le contrôle de qualité des services des prestataires?			
Qui effectue les évaluations internes?			
Contrôle externe			
Qui effectue les audits?			

1.1.3 L'analyse des tableaux de rôle

Il est proposé d'analyser successivement le tableau de rôle théorique et le tableau de rôle réel.

a) Le tableau de rôle théorique

Ce tableau permet d'apprécier le niveau d'autonomie organisationnelle théorique du SA. Si certaines fonctions incluses dans le tableau ne sont pas attribuées, il convient de vérifier si la fonction n'est pas pertinente pour le SA considéré ou si l'absence de réponse traduit une

lacune dans la distribution des tâches. Ces zones d'ombre sont parfois très utiles pour repérer des dysfonctionnements dans une institution. L'analyse peut servir à réviser les textes en vigueur.

b) Le tableau de rôle réel

Ce tableau permet d'analyser la distribution des tâches telle qu'elle est effectivement assurée au sein du SA. Son remplissage ne doit donc pas se faire sur la base des textes réglementaires mais à partir des pratiques observées dans la réalité.

Cette analyse doit faire ressortir la fonctionnalité des divers organes et les responsabilités effectives des différents acteurs. Il convient de :

- vérifier l'existence d'un acteur pour chaque fonction figurant dans les tableaux de rôle;
- identifier d'éventuels dysfonctionnements dans les procédures et attributions (duplications dans les responsabilités, croisement de responsabilité verticale et horizontale, etc.);
- apprécier la pérennité du dispositif de gestion, c'est-à-dire examiner dans quelle mesure les fonctions et les tâches sont assurées par des acteurs n'étant pas appelés à se retirer.

c) La concordance entre les tableaux de rôle théorique et réel

La troisième phase de l'analyse consiste à mettre en évidence les écarts entre la distribution des tâches prévue par les textes et celle constatée dans la réalité. L'analyse portera sur :

- les écarts entre ce qui est prévu et ce qui est effectué;
- la recherche de l'origine de ces écarts;
- l'appréciation des conséquences des écarts sur le bon fonctionnement du SA.

L'analyse des écarts entre les deux tableaux donne une première appréciation du fonctionnement organisationnel du SA.

Pour compléter et faciliter l'analyse, il peut être fait usage d'un organigramme. L'organigramme est un schéma représentant les différents organes impliqués dans l'administration et la gestion du SA, ainsi que leurs relations hiérarchiques. Il permet aux responsables, aux gestionnaires et au personnel d'améliorer leur compréhension du fonctionnement du SA. L'organigramme peut tenir compte des relations avec les prestataires de soins ou d'autres acteurs, si ceux-ci exercent des fonctions décisionnelles ou exécutives.

1.1.4 L'appréciation du niveau d'autonomie organisationnelle du SA

Après l'examen des tableaux de rôle, il est important d'apprécier le niveau d'autonomie organisationnelle du SA. Pour ce faire, il faut d'abord distinguer, à l'aide du tableau de rôle réel les fonctions assurées en interne de celles qui sont externalisées (en pratique et en théorie). L'analyse portera, ensuite, sur les fonctions assurées par des acteurs externes. Deux cas doivent notamment être distingués :

- *Les acteurs externes interviennent gratuitement.* Si l'appui est accordé pour une période limitée, l'OR devra se préparer à fonctionner sans celui-ci. Plusieurs alternatives seront à envisager selon la nature de la fonction et le contexte: formation du personnel et/ou des responsables de l'OR et transfert progressif des responsabilités, recrutement, contrats avec des prestataires de services. L'incidence économique sur le SA de ces différentes alternatives devra être analysée. Si la durée de l'appui est a priori non limitée, il reste néanmoins intéressant d'étudier les possibilités de son remplacement. L'OR doit en effet

pouvoir parer à toute éventualité (retrait imprévu des acteurs extérieurs) et assurer la permanence de la fonction réalisée par cet appui.

- *Les acteurs externes interviennent dans le cadre de prestations de services rémunérées.* L'OR dispose d'un contrôle plus fort sur l'action des acteurs externes que dans le cas précédent. Cependant, il est possible que certains des acteurs externes assumant des fonctions importantes soient les seuls, dans la zone d'intervention du SA, à pouvoir les accomplir. L'autonomie du SA est alors réduite et il est soumis au risque du départ ou de la cessation d'activité de l'acteur considéré.

Il faut noter que le nombre de fonctions maîtrisées par l'OR n'est pas déterminant. Une seule fonction (par exemple la surveillance du portefeuille de risques) prise en charge par une assistance technique non pérenne peut à elle seule avoir une influence déterminante sur la viabilité d'un SA.

1.2 Les ressources humaines

La gestion des ressources humaines en charge du fonctionnement d'un SA est un domaine souvent négligé ou difficile à traiter de manière efficace. Deux raisons sont principalement à l'origine de cette situation:

- La plupart des systèmes actuels de micro-assurance santé sont de petite taille. Pour des raisons de coûts, il n'est, alors, pas possible de recruter du personnel qualifié pour chacune des fonctions nécessaires à la bonne marche de l'assurance. C'est ainsi qu'un gestionnaire de SA a souvent à sa charge plusieurs fonctions, mêmes si celles-ci demandent des qualifications différentes (finances, relations avec les prestataires, suivi technique du portefeuille de risques, etc.).
- Beaucoup de SA sont articulés avec d'autres structures qui jouent un rôle dans la gestion de l'assurance (voir section précédente 1.1.1). Le personnel impliqué est géré en fonction des préoccupations de sa structure d'appartenance, lesquelles ne coïncident pas toujours avec les besoins du SA.

Il reste néanmoins que le déficit de compétences adéquates constitue l'une des causes les plus importantes de disparition de SA. Cette question mérite donc, malgré les difficultés évoquées ci-dessus, d'être abordée lors d'une analyse de la viabilité d'un SA.

Ce guide n'a pas la prétention de fournir les méthodes pour évaluer de façon exhaustive la gestion des ressources humaines. La démarche se limite ici à analyser si le SA dispose:

- *d'une administration du personnel* ou pour le moins des outils indispensables dans ce domaine;
- *d'une politique de développement des ressources humaines*, en particulier en matière de formation.

1.2.1 L'administration du personnel

L'**administration du personnel** est constituée par l'ensemble des tâches relatives à la gestion des personnes travaillant pour une organisation donnée. Ces tâches concernent le traitement des dossiers individuels, les réglementations, les procédures et plaintes, la qualification des emplois, les rémunérations et tous «les problèmes d'emploi» (recrutement, sélection, licenciement, etc.)³⁵.

35 Bureau international du Travail, sous la direction de Milan Kubr, «Le conseil en management – Guide pour la profession», troisième édition, 1998.

La gestion des ressources humaines est une notion plus vaste que l'administration du personnel. Elle comprend, outre cette administration, l'ensemble des procédures mises en œuvre pour rechercher le meilleur rapport entre la performance du personnel et son coût. Elle traite de la motivation du personnel, de l'investissement en formation, du rôle de la direction, etc. L'utilisation du terme «ressources» souligne que le facteur humain représente un bien précieux pour l'organisation, qu'il convient de valoriser.

En ce qui concerne l'administration du personnel, l'analyse portera ici sur les outils employés en la matière. Il est souhaitable que deux outils de base, ou leur équivalent, soient utilisés:

- **Le manuel des fonctions.** Il décrit, de manière détaillée – par exemple sous forme de termes de référence – les différentes fonctions à assurer par les acteurs internes au SA. Il comprend notamment les objectifs de la fonction, le degré de qualification requis, l'unité à laquelle elle appartient, le responsable direct, la nature des tâches à assurer, les tâches spécifiques.
- **Le règlement de travail.** C'est un document qui établit les règles de fonctionnement sur le lieu de travail (tenant compte des dispositions légales). Il traite de la durée journalière de travail, des pauses, du règlement des conflits, des droits et devoirs du personnel, etc.

En fonction du niveau de développement du SA et de son articulation avec les autres activités de l'OR, les évaluateurs devront apprécier, l'existence, la qualité et l'utilisation de ces outils.

Indicateur H.1: Outils d'administration du personnel

Voir tome 2, page 85

Cet indicateur mesure l'existence et la qualité des outils utilisés en matière d'administration du personnel impliqué dans la gestion du SA.

1.2.2 Le développement des ressources humaines

Le développement des ressources humaines vise à ce que le personnel et les responsables soient performants, compétents et en mesure de s'adapter aux changements que connaît l'organisation. Il traite de différents éléments: la formation et le perfectionnement, l'évaluation des performances, le développement organisationnel, etc.

Dans la plupart des SA existants, seuls la formation et le perfectionnement sont des critères d'analyse fondamentaux. Dès lors, les évaluateurs devront apprécier:

- *Les compétences.* La gestion de l'assurance santé nécessite des compétences techniques spécifiques. L'analyse à réaliser est qualitative. Il s'agit sur la base du tableau de rôle réel (voir partie IV, section 1.1.2) de rapprocher les fonctions assurées par les différents responsables avec leurs qualifications (niveau d'éducation, expérience professionnelle, etc.). Les lacunes permettront d'identifier des besoins de formation ou une éventuelle redistribution des tâches.
- *L'existence d'actions de formation des ressources humaines.* Un indicateur est proposé. Il permet de mesurer l'investissement en formation destinée au personnel et responsables du SA.

Indicateur H.2: Investissement en formation

Voir tome 2, page 86

H.2.1: Investissement brut en formation

Ce premier indicateur est le rapport entre les coûts totaux en formation et les charges totales annuelles de fonctionnement du SA.

H.2.2: Investissement net en formation

Ce second indicateur est la proportion des charges totales de fonctionnement qui est consacrée à la formation du personnel du SA.

- *L'efficacité des formations.* Pour compléter l'analyse précédente, il convient d'apprécier le processus de formation et son efficacité. Cette appréciation doit notamment prendre en compte la manière dont le programme de formation a été élaboré (identification des besoins, choix des contenus, choix des formateurs, etc.) et les résultats des évaluations des formations.



Les liens entre l'assurance et les autres activités conduites par l'organisation responsable

Dans beaucoup de cas, l'OR conduit d'autres activités en plus de l'assurance. Ces activités ont souvent des liens avec celle-ci. Il est notamment possible:

- que des liens financiers existent entre les activités: l'assurance santé peut être, directement ou indirectement, subventionnée par les revenus des autres activités. Dans ce cas, la viabilité de l'assurance peut dépendre de la durabilité de ces transferts;
- que certaines activités autres que l'assurance se situent dans le domaine de la santé. Des complémentarités devraient alors exister entre ces activités et l'assurance. La nature de ces complémentarités et la manière dont elles sont gérées auront des répercussions sur la viabilité de l'assurance;
- que ces autres activités connaissent des difficultés telles qu'elles menacent la survie de l'OR et par conséquent celle de l'assurance.

Ces trois points sont passés en revue ci-dessous.

2.1 Les interrelations financières entre les activités menées par l'organisation responsable

Il s'agit ici d'identifier et de prendre en compte les différentes formes de subvention reçues par le SA et provenant d'autres activités menées par l'OR. Ces subventions peuvent consister, entre autres, en:

- *un apport de fonds au profit du SA, par exemple, dons pour la constitution de réserves ou de capital social;*

- *un financement de certaines activités du SA*, par exemple, prise en charge des activités de promotion du SA auprès du public cible;
- *une mise à disposition de biens matériels ou de ressources humaines*, par exemple prêt d'un véhicule, détachement périodique d'un expert-comptable.

Dans le premier cas, si les apports de fonds constituent des subventions d'exploitation, il est nécessaire d'estimer les possibilités que ces subventions soient accordées durablement au SA pour juger de leur effet sur la viabilité de celui-ci.

Dans les deuxième et troisième cas, l'analyse des coûts cachés (voir partie III, section 4.4) permettra de préciser l'incidence de ces subventions sur le SA d'un point de vue économique.

Les transferts financiers entre activités sont très fréquents dans la pratique. Certaines organisations développent des activités économiques uniquement pour financer l'activité d'assurance santé. Pour d'autres, le financement de l'assurance santé est «rentable» car il permet d'obtenir un retour financier sur d'autres activités (par exemple remboursement du crédit productif) plus élevé que son coût.

2.2 Les relations entre l'assurance et les autres activités menées dans le domaine de la santé

L'OR peut gérer d'autres activités dans le domaine de la santé qui peuvent être complémentaires à l'assurance. Ces activités, si elles sont correctement définies et conduites, doivent en principe renforcer la viabilité de l'assurance.

2.2.1 Les services financiers dans le domaine de la santé

En plus de l'assurance, d'autres services financiers en matière de santé peuvent être offerts aux adhérents du SA:

a) Le crédit-santé

Le crédit-santé³⁶ peut être utilisé:

- pour le financement de prestations non couvertes par le SA ou dont la prise en charge est plafonnée;
- pour le préfinancement des dépenses de santé lorsque le système de tiers-payant n'est pas appliqué.

Il est également possible qu'il soit «fait crédit» aux adhérents du versement d'un copaiement. Le SA peut payer la totalité de la facture d'un prestataire et demander à l'adhérent le remboursement équivalent au montant du copaiement (franchise, ticket modérateur).

Exemple: un SA prend en charge 80 pour-cent des frais d'hospitalisation. Pour l'hospitalisation d'un bénéficiaire, l'hôpital présente une facture de 10 000 UM. Le SA rembourse à l'hôpital les 10 000 UM. L'adhérent ne s'acquitte pas du paiement des frais à sa charge à la sortie de l'hôpital, mais il lui est demandé de rembourser 2 000 UM (20 pour-cent) correspondant au ticket modérateur dans des conditions fixées par le contrat.

Le crédit-santé est avantageux pour les adhérents; il leur donne un meilleur accès aux soins, y compris aux soins couverts par le SA lorsqu'il n'existe pas de système de tiers-payant.

36 Le crédit-santé est un crédit destiné au financement des frais médicaux. Ce crédit fait souvent l'objet de conditions différentes de celles d'autres formes de crédit (délais de remboursement, conditions d'octroi, etc.).

Cependant, ce service, sans risque au niveau de la gestion technique du portefeuille, présente des risques au niveau financier. L'expérience montre que les créances sont difficiles à recouvrer auprès des bénéficiaires. La présence de crédit-santé peut rendre le SA plus attractif mais il peut en compromettre indirectement la viabilité si le recouvrement n'est pas satisfaisant.

b) L'épargne-santé

L'épargne-santé³⁷ constitue une forme de prévoyance qui peut compléter la couverture apportée par l'assurance. L'épargne-santé peut par exemple être consacrée aux petits risques alors que la couverture des gros risques peut être réalisée par l'assurance.

2.2.2 Les services non financiers dans le domaine de la santé

Certaines OR proposent des services non financiers dans le secteur de la santé. Ces services sont souvent complémentaires à l'assurance. Il peut s'agir :

- *d'activités d'éducation à la santé ou de prévention* (par exemple dépistage ou vaccination gratuite). Ces activités, outre qu'elles contribuent à une meilleure santé des adhérents, peuvent diminuer les charges de prestations du SA.
- *de services de soins de santé*. Certaines OR gèrent parallèlement une assurance santé et un établissement de soins. Ces diverses activités doivent en principe faire l'objet d'une comptabilité séparée afin d'éviter des phénomènes de «compensation» non raisonnés qui peuvent à terme mettre en péril la viabilité de l'ensemble des activités.

Les services couverts par l'assurance et les services de santé offerts par l'OR peuvent être identiques ou différents. Les prestataires de soins qui mettent en place une assurance le font généralement pour améliorer le financement des services de santé qu'ils proposent. Alors que les organisations de type communautaire peuvent développer un réseau d'offre de soins de santé primaire et créer une assurance pour couvrir exclusivement les dépenses d'hospitalisation de leurs membres.

L'interrelation entre services de soins et assurance est importante à considérer lors d'une évaluation car elle a des répercussions entre autres sur l'attractivité du système (taux de pénétration), la nature des services couverts et leurs modalités de prise en charge.

- *d'actions spécifiques* proposées au titre de la solidarité, pour des groupes de personnes à haut risque (personnes âgées, handicapés, jeunes, indigents, etc.). Il peut s'agir, par exemple, de la création d'une caisse de secours.

En plus des complémentarités et des liens possibles avec l'assurance mentionnés ci-dessus, ces activités doivent être prises en compte par les évaluateurs du SA car elles peuvent jouer sur le développement de celui-ci par d'autres effets. Ces effets peuvent être multiples. Ainsi, par exemple :

- La dynamique d'adhésion au SA sera favorisée lorsque l'OR compte déjà, grâce à d'autres activités, un nombre important d'adhérents.
- Les possibilités de réduire les charges fixes du SA sont accrues lorsque l'OR a plusieurs activités. Il est possible par exemple pour le SA de partager certains coûts comme ceux des locaux, d'une partie du matériel, des déplacements des responsables, etc.

37 L'épargne-santé est un mécanisme d'épargne mis en place à l'intention des adhérents en prévision de dépenses de santé à venir, non couvertes par l'assurance. Comme le crédit-santé, cette épargne est régie par des conditions spécifiques (dépôt minimum, périodicité des versements, etc.). Elle peut prendre notamment la forme «d'épargne-santé individuelle» ou de cartes d'abonnement.

- La crédibilité de l'OR, acquise grâce à ses autres activités, peut faciliter l'établissement de relations entre le SA et les tiers (banque, prestataire).
- L'expérience et les relations des dirigeants de l'OR, développées à travers ses autres activités, peuvent être mises à profit pour améliorer le fonctionnement du SA.
- Un SA peut souffrir d'un manque de visibilité puisqu'un adhérent doit tomber malade pour «constater» le fonctionnement de l'assurance, ce qui peut être peu fréquent lorsque celle-ci ne couvre que les gros risques. La gestion parallèle d'établissements de santé ou d'autres activités par l'OR permet de «matérialiser» l'existence du SA.

2.3 La «santé financière» de l'organisation responsable

Même quand l'assurance en tant que telle fonctionne efficacement, sa viabilité peut être menacée lorsque l'OR éprouve des difficultés financières graves en raison des autres activités qu'elle mène.

Il est donc intéressant d'avoir un aperçu de la «santé financière» de l'OR. Cette appréciation n'a pas à être exhaustive. Elle peut consister en une analyse de quelques indicateurs de la situation financière globale de l'OR.

Les états financiers globaux de l'OR, bilan et CdR, sont produits par l'assemblage des états financiers des différentes activités. Ils donnent une vue d'ensemble de la situation de l'OR.

L'appréciation financière ici n'est pas spécifique à l'assurance et sort du cadre de ce guide. Les évaluateurs pourront néanmoins se reporter à certains éléments présentés lors de l'évaluation de la viabilité de l'assurance. En particulier, la nature (excédent ou déficit) et le montant des résultats des exercices successifs constituent des informations essentielles.

Certains ratios examinés dans la partie III ne sont guère pertinents dans le cas où l'OR aurait des activités autres que l'assurance. Il en est ainsi par exemple du ratio «cotisations acquises / charges». En revanche, les ratios suivants, construits sur la base des comptes globaux, contribuent à l'appréciation de la situation financière de l'OR:

- ratio consolidé de liquidité immédiate (F.1 consolidé);
- ratio consolidé de capitaux propres (F.2 consolidé);
- ratio consolidé des frais de fonctionnement brut (F.6 consolidé);
- ratio consolidé de financement propre (V.1 consolidé).



Les relations du système de micro-assurance avec l'offre de soins de santé

Comme il a été indiqué dans la troisième partie, le comportement des prestataires et la qualité des soins qu'ils délivrent constituent des déterminants très importants de la viabilité d'un SA. Il est donc nécessaire d'analyser le type de relations existant entre le SA et les prestataires. Trois types de relations sont à considérer:

- les relations fonctionnelles;
- les relations institutionnelles;
- les relations contractuelles.

Dans de nombreux cas, l'OR gère également une offre de services de santé. Il faut alors analyser le niveau d'intégration et d'autonomie des deux activités (assurance et offre de services de santé).

3.1 Les relations fonctionnelles

Les relations fonctionnelles entre le SA et les prestataires de soins peuvent être déduites des tableaux de rôle théorique et réel, en examinant les fonctions exécutives et de contrôle.

L'analyse de ces relations fonctionnelles permet d'apprécier les secteurs d'intégration du SA et son niveau d'autonomie fonctionnelle par rapport aux prestataires.

3.2 Les relations institutionnelles

Les relations institutionnelles entre le SA et les prestataires de soins peuvent être mises en évidence à partir des tableaux de rôles théorique et réel, en examinant les fonctions décisionnelles. L'analyse se centre ici sur le niveau d'autonomie du SA.

L'autonomie institutionnelle du SA par rapport à l'offre de soins est définie au regard de trois critères:

- *La séparation des statuts.* L'assurance doit être gérée par une structure ayant un statut juridique distinct de celui de la structure prestataire de soins.
- *La séparation des fonctions décisionnelles.* Les fonctions décisionnelles doivent être assurées par des organes de gestion distincts de ceux administrant la prestation de soins.
- *La formalisation des relations.* Une convention doit être signée entre les deux structures.

En se référant à ces critères, différents degrés d'autonomie institutionnelle peuvent être mis en évidence:

- *une autonomie théorique* lorsque les trois critères sont satisfaits selon les textes mais non assurés en pratique;
- *une autonomie réelle* lorsque les trois critères sont satisfaits dans la pratique;
- *une autonomie partielle* lorsque l'un des trois critères n'est pas rempli;
- *une absence d'autonomie* lorsque le SA et les services de santé sont gérés par un même organe disposant de pouvoirs décisionnels dans les deux cas.

3.3 Les relations contractuelles

Dans la troisième partie du guide, des mécanismes de rationalisation des prestations ont été présentés. Le SA peut avoir recours à deux instruments complémentaires pour contrôler les prix, les quantités, la qualité des soins prestés et les rôles de chacun: les protocoles thérapeutiques et les conventions.

Les protocoles thérapeutiques ont pour but de «normaliser» les procédures de traitement. Les conventions ont pour but de définir les relations techniques et financières entre le SA et les prestataires.

Il s'agit, dans le cadre de l'évaluation, d'analyser l'existence et la qualité des conventions qui formalisent les relations entre les prestataires de soins et le SA. Dans le tableau suivant, sont repris les éléments clés devant figurer dans la plupart des conventions établies entre un SA et des prestataires.

Tableau 16: Analyse d'une convention avec un prestataire de soins*Voir tome 2, page 38*

Éléments figurant dans la convention	Oui / Non	Commentaires
La définition des services couverts		
Les tarifs		
Les modes de paiement du prestataire		
Les délais de paiement		
Les modalités d'application des copaiements		
Les conditions de modification des tarifs des actes pris en charge		
Les procédures d'audit médical		
Les modalités d'application des protocoles thérapeutiques		
Les modalités de contrôle par le prestataire des droits des bénéficiaires		
Les garanties offertes par le prestataire quant à la qualité des services		
La durée de la convention et les clauses de résiliation		
Les modalités de règlement des litiges		

4 Le cadre juridique et réglementaire de fonctionnement du système de micro-assurance santé

La viabilité du SA peut être remise en cause en l'absence de cadre juridique et de règles internes de fonctionnement adéquats. La viabilité sera également dépendante du respect des obligations légales.

4.1 Le cadre juridique de mise en œuvre de l'assurance

Pour que l'assurance soit conduite efficacement et avec les contrôles nécessaires, elle doit être gérée par une organisation disposant d'un statut juridique approprié. Ce statut est nécessaire pour que soient formalisées et développées les relations avec les tiers. Le statut juridique soumet l'activité d'assurance à un contrôle des autorités de tutelles ce qui constitue une protection pour les tiers et les adhérents.

Dans le cadre de l'évaluation, la première question à se poser est de savoir s'il existe dans le pays une loi régissant les assurances. En l'absence de cadre législatif spécifique aux

assurances ou à la mutualité, un autre statut juridique a pu être adopté: association, coopérative ou autre.

Des stades de progression vers la reconnaissance juridique peuvent être définis à l'aide du tableau suivant³⁸.

Tableau 17: Stades de progression vers la reconnaissance juridique

Voir tome 2, page 40

Niveau d'autonomie institutionnelle	Stade	Commentaires
L'OR n'a ni statuts, ni règlement intérieur	Stade 1	
L'OR a élaboré des statuts et un règlement intérieur	Stade 2	
L'OR a déposé ses statuts auprès des autorités compétentes	Stade 3	
L'OR a une personnalité juridique propre	Stade 4	
L'OR dispose d'une personnalité juridique spécifique à l'assurance ou à la mutualité	Stade 5	

4.2 Le respect des obligations statutaires et réglementaires

La tenue des assemblées générales, l'établissement des rapports d'activités, la présentation et l'approbation du CdR et du bilan, le renouvellement des représentants des organes de gestion du SA sont les principaux moments qui devraient rythmer la vie institutionnelle d'une organisation. La périodicité et les modalités d'application de ces obligations statutaires sont précisées dans les statuts et le règlement intérieur.

Le tableau suivant permet d'analyser le respect des obligations statutaires et réglementaires en vigueur.

Pour les systèmes mutualistes en particulier, le non-respect des obligations statutaires et réglementaires peut être un indicateur d'une faible implication des adhérents dans la vie de la mutuelle. Le caractère «réel» ou simplement «formel» du principe de participation des adhérents a une influence importante sur la dynamique de l'organisation et sur sa viabilité. Quelques indicateurs complémentaires peuvent être utilisés pour «capter» cette participation:

- *Le taux de renouvellement des élus.* Il est égal au nombre de nouveaux élus par rapport au nombre total d'élus, à un moment donné.
- *Le nombre de participants aux AG* organisées par le SA.
- *Le taux d'assiduité aux AG* est le rapport entre le nombre d'adhérents participants et le nombre total d'adhérents cotisant.
- *La participation des femmes et des jeunes aux AG.*

En assistant à une assemblée on peut se faire une idée plus précise de la possibilité et de la capacité qu'ont les adhérents d'exprimer leur point de vue.

38 Ce tableau correspond au cas où l'OR n'a que l'assurance comme activité. Dans le cas contraire, la multiplicité des possibilités quant à la création de statuts et structures séparés pour les différentes activités rendraient la présentation de ce tableau plus complexe.

Tableau 18: Obligations statutaires et réglementaires

Voir tome 2, page 41

Obligations statutaires et réglementaires	Périodicité statutaire	Fréquence réelle de réalisation	Observations
Tenue de l'AG			
Production de rapports d'activités			
Production des états financiers (compte de résultat et bilan)			
Réalisation d'un audit externe par un commissaire au compte			
Renouvellement des membres des organes de gestion			
Elaboration des procès verbaux de réunions du CA			
Elaboration du compte rendu de l'AG			
Transmission des rapports financiers à la tutelle			

N.B: Les obligations statutaires ne sont pas identiques dans tous les cas. Il conviendra de vérifier si les rubriques figurant dans le tableau sont adaptées au SA évalué.

Partie V:

**Quelques indications
pour l'appréciation
de l'efficacité,
de l'efficience
et de l'impact du système
de micro-assurance
santé**

Mesurer l'impact d'un SA ou caractériser son fonctionnement en termes d'efficience ou d'efficacité requiert l'utilisation de méthodes qui ne peuvent être décrites dans ce guide. Ces méthodes sont généralement définies sur une base ad hoc au regard des caractéristiques particulières des systèmes à étudier. Elles cherchent à cerner les effets du SA en comparant les situations «avant et après» son intervention (par exemple analyse de l'évolution de données relatives aux bénéficiaires) ou «avec et sans» celle-ci (par exemple comparaison de données concernant les bénéficiaires avec celles concernant des personnes non assurées). Pour effectuer ces comparaisons, il est fait appel notamment à des enquêtes de terrain. Une approche tant quantitative que qualitative est utilisée. Ces méthodes demandent du temps ainsi que des ressources humaines et financières importantes pour être rigoureuses.

Cette partie a des ambitions modestes. Elle ne vise pas à fournir les indications méthodologiques nécessaires à l'élaboration des méthodes susmentionnées. Cela mériterait un guide séparé. Cette partie donne quelques repères aux utilisateurs qui seraient intéressés par ce type d'évaluation — en complément à l'évaluation de la viabilité du SA. Les indicateurs et critères présentés sont relativement simples. Ils sont à utiliser avec prudence. Le croisement de plusieurs indicateurs, complété par des informations qualitatives, permet de tirer une première appréciation de l'impact, de l'efficience ou de l'efficacité d'un SA.

Il sera présenté successivement quelques indicateurs d'efficacité et d'efficience ainsi que des indications pour l'appréciation de l'impact. Enfin, la notion de pertinence sera introduite.

Quelques indicateurs de l'efficacité du système de micro-assurance santé

L'**efficacité** d'un SA peut-être considérée comme sa capacité à remplir les objectifs qui lui sont assignés. En ce sens, la mesure de l'efficacité peut être assimilée, en première approximation, à celle du niveau de réalisation des objectifs poursuivis.

Tous les SA n'ont pas les mêmes objectifs (voir partie IV). Les indicateurs présentés dans ce chapitre sont relatifs à deux objectifs: l'amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins de santé et l'accès à l'assurance du plus grand nombre.

1.1 L'amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins de santé

Sept indicateurs de base permettant d'apprécier le niveau d'atteinte de cet objectif sont présentés.

Indicateur E.1: Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires

Voir tome 2, page 87

Cet indicateur, calculé par catégorie de services (ou de prestation) et pour une période donnée, est le rapport entre le nombre de fois où les bénéficiaires du SA ont utilisé le service considéré et le nombre total de bénéficiaires.

Indicateur E.2: Taux d'utilisation comparé des services de santé*Voir tome 2, page 88*

Cet indicateur est le rapport entre les taux d'utilisation d'un même service par les bénéficiaires et les non-bénéficiaires pendant la période considérée.

Cet indicateur est à interpréter avec prudence: si l'augmentation de l'utilisation des services peut signifier un meilleur accès aux soins, elle peut également résulter d'une surconsommation ou d'une surprescription.

Indicateur E.3: Temps de latence comparé*Voir tome 2, page 90*

Le temps de latence comparé est le délai séparant le début de la maladie du recours aux soins. Il peut être établi et comparé pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires.

Une personne assurée aura tendance à recourir aux soins plus rapidement qu'une personne qui ne l'est pas. En effet pour cette dernière, le recours aux soins sera d'un coût plus important, elle aura donc davantage tendance à attendre «que la maladie passe». Cette personne peut également avoir besoin de temps pour réunir les montants nécessaires aux dépenses de santé. Pour l'assuré ce temps peut être nul ou très réduit si le SA utilise le système du tiers-payant³⁹.

Cet indicateur est à interpréter prudemment dans la mesure où le temps de latence dépend de nombreux facteurs: capacité des prestataires de soins à faire face rapidement à la demande de soins, plus ou moins grande disponibilité de ressources pour les bénéficiaires selon la période de l'année, etc.

Indicateur E.4: Durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée*Voir tome 2, page 92*

Cet indicateur est le rapport entre les durées moyennes d'hospitalisation des bénéficiaires et des non-bénéficiaires, pendant la période considérée.

On peut estimer que les bénéficiaires du SA auront la possibilité de se faire hospitaliser plus rapidement que les non-bénéficiaires pour les mêmes raisons que celles évoquées pour l'indicateur précédent. Etant hospitalisés à un stade moins avancé de la maladie, la durée du traitement sera a priori plus courte dans le cas des bénéficiaires.

39 Même dans le cas contraire, le temps pour réunir les montants nécessaires aux dépenses sera en moyenne plus court pour les assurés que pour les non-assurés. Le fait que les dépenses soient remboursées accroît la possibilité de trouver rapidement des ressources: emprunt plus facile auprès d'autres personnes, facilité accrue de remplacer un bien vendu, etc.

Indicateur E.5: Coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée*Voir tome 2, page 94*

Cet indicateur est le rapport entre les coûts moyens de cette prestation pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires pendant la période considérée.

Si les tarifs pratiqués sont identiques pour les deux groupes, une diminution de ce rapport traduit une plus faible gravité de la maladie chez les bénéficiaires du SA (en moyenne). Cela reflète un meilleur accès aux soins dans la mesure où les bénéficiaires accèdent au traitement à un stade moins avancé de la maladie. Toutefois, il est possible que l'assurance leur donne accès à des traitements plus coûteux que ceux que reçoivent les non-bénéficiaires ce qui joue en sens inverse sur la valeur de l'indicateur.

Indicateur E.6: Taux d'exclusion des bénéficiaires*Voir tome 2, page 95*

Cet indicateur est le rapport entre le nombre de bénéficiaires n'ayant pas pu se faire soigner pour les services couverts par le SA et le nombre total des bénéficiaires, pendant la période considérée.

Ce taux fournit une indication sur la persistance de freins à l'accès aux soins de santé. Ces freins peuvent avoir de multiples causes, tant internes au SA (niveau des copaiements, retard dans la délivrance des lettres de garantie, etc.) qu'externes (disponibilité ou qualité de l'offre, frais de transport trop importants, etc.).

1.2 L'accès à l'assurance du plus grand nombre

Pour mesurer l'efficacité du SA à atteindre cet autre objectif, il est proposé de reprendre le taux de pénétration (M.5) utilisé dans le cadre de l'évaluation de la viabilité.

Indicateur M.5: Le taux de pénétration...*Voir tome 2, page 69*

... du public cible est le rapport entre le nombre total de bénéficiaires du SA et le public cible. Un taux de 100 pour-cent équivaut à une efficacité maximale du SA.

La pénétration du système est dépendante d'un grand nombre de facteurs qui doivent être étudiés pour interpréter l'indicateur: la «visibilité» de l'action du SA (mesurée par exemple par le nombre de prestations par famille bénéficiaire), l'accessibilité du SA sur le plan financier (mesurée par exemple par le rapport entre le montant de la cotisation et le revenu), le niveau d'information du public cible sur le SA, etc.



Quelques indicateurs de l'efficience du système de micro-assurance santé

L'efficience d'un SA peut être considérée comme la relation qu'il établit entre les moyens qu'il utilise et les résultats qu'il obtient. Autrement dit, l'efficience traduit, principalement, l'aptitude à rendre les meilleurs services aux moindres coûts. La mesure de l'efficience est donc, en première approximation, celle du rapport entre résultats et moyens.

Une partie des indicateurs présentés sont ceux établis dans le cadre de l'évaluation de la viabilité financière du SA.

Indicateur F.5: Le ratio de sinistralité...

Voir tome 2, page 76

... est la part des cotisations ayant servi au remboursement ou au paiement des prestations.

Un SA sera d'autant plus efficient qu'il utilise une part élevée des cotisations pour leur objet principal à savoir le paiement de prestations. Un ratio de l'ordre de 75 pour-cent témoigne d'une bonne efficience du système de ce point de vue.

Indicateur F.6: Le ratio de frais de fonctionnement brut...

Voir tome 2, page 77

... évalue la part des ressources financières du SA utilisée pour son fonctionnement.

Les frais de fonctionnement sont des charges dont la finalité est de permettre que les services aux adhérents soient octroyés. Plus ces charges sont élevées en pourcentage des charges totales, plus le «coût» de l'octroi des prestations est important; autrement dit plus les résultats (les prestations) ont demandé des moyens importants pour être obtenus ce qui va dans le sens d'une moindre efficience. Un ratio inférieur ou égal à 15 pour-cent témoigne d'une bonne efficience du SA de ce point de vue.

Indicateur C.1: Produits financiers

Voir tome 2, page 97

Les produits financiers sont constitués principalement par les revenus provenant d'un placement de fonds.

Le SA est un système financier basé sur la collecte de cotisations et le paiement des prestations. Il gère des flux financiers. L'indicateur C1 constitue un élément d'appréciation de la capacité du SA à bien utiliser les fonds à sa disposition. Toutefois, une connaissance plus précise de cette capacité requiert une analyse des flux financiers au cours de l'exercice.

Indicateur M.7: Le délai moyen de remboursement des adhérents...

Voir tome 2, page 71

... est le temps séparant la réception des demandes de remboursement de l'exécution du paiement.

En principe, un SA cherche à réduire les délais de remboursement des adhérents. Pour l'adhérent en effet, plus le délai de remboursement est long moins le service proposé par le SA est attractif. Une gestion administrative peu efficace ou des difficultés de trésorerie sont souvent à l'origine de délais de remboursement trop longs.



Quelques indications relatives à l'appréciation de l'impact du système de micro-assurance santé

L'impact d'un SA est constitué par les effets directs et indirects qu'il a sur les bénéficiaires et sur son environnement social, économique, sanitaire, voire politique.

Cette section présente quelques indications utiles dans l'appréciation de l'impact d'un SA. Ces indications ne sauraient constituer à elles seules la méthodologie d'une étude d'impact. Comme il a été indiqué en introduction de cette partie, une telle étude requiert l'utilisation de méthodes dont le traitement sort du cadre de ce guide.

Les indications présentées concernent quatre types d'impact:

- l'impact sur les bénéficiaires et le public cible;
- l'impact sur l'offre de soins;
- l'impact sur la population de la zone d'intervention;
- l'impact sur l'équité.

3.1 Indications pour l'appréciation de l'impact sur les bénéficiaires et le public cible

3.1.1 L'impact sur l'accès des bénéficiaires et du public cible aux soins de santé

Le SA peut avoir un impact sur le niveau d'accès aux soins des bénéficiaires. Il peut permettre en particulier de réduire:

- *L'exclusion financière temporaire ou saisonnière.* Cette exclusion se caractérise par un manque de ressources pour faire face aux dépenses de santé pendant une période donnée.

La réduction de ce type d'exclusion peut être perçue en comparant le recours aux soins des bénéficiaires et des non-bénéficiaires (voir les indicateurs d'efficacité concernant l'accès des bénéficiaires aux soins).

L'effet du SA sur cette exclusion peut également être apprécié à travers certaines caractéristiques du fonctionnement du SA comme:

- ✓ *La période de versement des cotisations.* Si le public cible souffre d'un manque de ressources durant une période de l'année, il est important que les dates de versement des cotisations ne se situent pas à cette période. Dans le cas contraire, les adhérents auront des difficultés à verser les cotisations et une part du public cible ne pourra pas adhérer.
- ✓ *L'existence d'un système de tiers-payant.* Celui-ci permet aux adhérents de ne pas avoir à «préfinancer» la totalité du montant des dépenses au moment où la maladie survient. Il facilite donc l'accès aux soins.
- ✓ *Le niveau des copaiements.* Il peut constituer une barrière financière, même s'il est peu élevé, en période de raréfaction des ressources.

- *L'exclusion financière partielle ou permanente.* Cette exclusion se caractérise par l'impossibilité de faire face à tout ou partie des dépenses de santé. Ce type d'exclusion touche les personnes les plus démunies.

Ici, il est également utile de comparer le niveau d'accès des bénéficiaires et des non-bénéficiaires aux soins.

L'assurance, en regroupant les usagers peut permettre de réduire le prix des soins (négociation avec les prestataires) et donc d'améliorer globalement l'accès. Cependant, elle ne rend pas les soins gratuits pour quelques-uns et payants pour d'autres; la charge financière est répartie entre tous. En conséquence, il est également intéressant d'examiner ici:

- ✓ Si le montant des cotisations n'est pas trop élevé au regard des revenus moyens du public cible. Il n'existe pas une relation optimale et universelle entre ces deux éléments. La plupart des opérateurs la situent entre 3 et 10 pour-cent.
 - ✓ Si les modalités de couverture et de prise en charge peuvent constituer un obstacle pour les plus démunis. C'est en particulier le cas lorsque les adhérents doivent préfinancer les soins en payant directement les prestataires ou lorsque des copaiements élevés sont utilisés.
 - ✓ Si des formes de transferts des adhérents les plus riches vers les plus pauvres existent. Ce type de transfert a lieu en particulier lorsque, pour un même niveau de couverture, le montant de la cotisation est lié au niveau du revenu (cotisation proportionnelle au revenu)⁴⁰. Dans certains SA, les adhérents décident de «payer» les cotisations des plus pauvres. Il s'agit d'un autre type de transfert des plus riches vers les plus pauvres.
 - ✓ Si le SA participe à la répartition de subventions provenant de sources autres que ses adhérents. Certains SA gèrent des subventions accordées par la puissance publique ou d'autres tiers. Ces subventions sont généralement destinées au paiement partiel ou intégral des cotisations de groupes de personnes spécifiques (enfants des rues, personnes âgées, personnes handicapées, etc.).
- *L'exclusion géographique.* En milieu rural en particulier, l'une des causes les plus fréquentes qui limitent l'accès aux soins est l'éloignement des prestataires de service, en particulier des centres hospitaliers, souvent situés dans les villes.

Le SA peut contribuer à réduire ces difficultés en créant une offre de soins propre, en favorisant l'implantation de prestataires dans la zone (en leur assurant une clientèle solvable) ou en mettant en place des services de transport sanitaire vers les prestataires de soins éloignés.

Exemple: dans le SA «Seguro del agricultor» au Pérou, le centre de santé a créé une assurance santé pour les soins primaires. Un problème majeur avait été identifié: la distance relativement longue séparant le village de Sama Las Yaras à Tacna et la ville la plus proche (40 km), dotée d'installations hospitalières. Pour le résoudre, le SA couvre le paquet de soins primaires du centre de santé et le transport/évacuation à l'hôpital (OIT-STEP; OPS, 1999).

40 Les SA pratiquant ce type de cotisations sont rares car la plupart d'entre eux s'adressent à des populations du secteur informel dont les revenus sont difficiles à estimer et, qui plus est, à contrôler.

3.1.2 L'impact sur le sentiment d'insécurité des bénéficiaires

Si l'assurance s'est rapidement développée dans le monde, c'est parce que l'être humain à une aversion pour les risques. Le fait de se savoir assuré réduit, par essence, le sentiment d'insécurité face aux risques. L'existence du SA contribue donc à elle seule à réduire cette insécurité. Par ailleurs, plus la gamme de services couverts et le niveau de prise en charge seront importants (copaiements faibles) et connus (franchises plutôt que ticket modérateur), plus le sentiment d'insécurité des bénéficiaires sera réduit.

3.1.3 L'impact sur la santé des bénéficiaires

Cet impact peut être mesuré de manière directe ou indirecte.

La mesure directe de l'impact du SA sur l'état de santé des populations et des bénéficiaires du SA est un exercice complexe à réaliser dans la mesure où les facteurs en jeu sont nombreux et fortement liés: éducation, logement, disponibilité de l'offre de soins, santé publique (campagne de vaccination, politique nationale de santé, etc.), niveau de revenus, etc. Isoler les effets des différents facteurs est difficile. La mesure directe passe par la réalisation d'enquêtes et d'études quantitatives et qualitatives ainsi que par la comparaison de taux de morbidité et de mortalité.

La mesure indirecte repose sur une méthode proche de celle utilisée pour mesurer l'impact des techniques agricoles sur la production. Cette méthode repose sur l'hypothèse suivante: si les bénéficiaires ont davantage accès aux soins, leur santé sera améliorée étant donné que c'est justement là l'objectif des soins. Cette hypothèse étant retenue, mesurer l'impact revient à mesurer l'accès aux soins.

3.1.4 L'impact sur les dépenses de santé des bénéficiaires

Le SA peut réduire le niveau des dépenses de santé des ménages. Le coût de la maladie pour les bénéficiaires peut être amoindri notamment lorsque le mode de facturation des dépenses est forfaitaire, lorsque le prix des actes a fait l'objet de réductions et que les traitements sont régis par des protocoles thérapeutiques. Une première estimation de cette réduction peut être obtenue par la comparaison des dépenses moyennes entre familles de bénéficiaires et de non-bénéficiaires sur une période donnée.

3.1.5 L'impact sur les activités économiques des bénéficiaires

Si le SA a un impact positif sur la santé des bénéficiaires, il en aura très probablement un sur leurs activités économiques. En effet, un mauvais état de santé réduit la présence au travail et la productivité.

De plus, les personnes pauvres et dépourvues de protection sont, très souvent, dans l'obligation de vendre un bien productif (machine, animal, etc.) dans de mauvaises conditions pour faire face aux dépenses de santé. Cette vente réduit la capacité de production des intéressés et constitue un facteur fréquent d'appauvrissement durable.

De la même manière, ce type de vente peut concerner les produits des activités économiques et en réduire ainsi la rentabilité.

Exemple: pour financer les frais d'hospitalisation en urgence de son enfant (50 000 UM), un cultivateur a dû vendre une partie de sa récolte de maïs sur pied. Il a finalement dû céder à l'acheteur pour 50 000 UM, une récolte qu'il aurait pu vendre le double à la bonne période. Pour ce cultivateur, le coût réel de la maladie est de 100 000 UM, soit les frais d'hospitalisation et le manque à gagner.

3.1.6 L'impact sur les solidarités

Le SA peut renforcer les liens sociaux et les solidarités. Ce type d'impact est difficile à mesurer par le seul recours à des indicateurs quantitatifs. Plusieurs effets peuvent être considérés:

- *Le renforcement de l'entraide entre les bénéficiaires du SA.* Le SA peut en être le promoteur (impact direct) ou en être le catalyseur (impact indirect). Plusieurs indicateurs peuvent être analysés dans un premier temps comme le nombre de visites aux malades, le nombre de visites en cas d'événements sociaux heureux (mariage, naissance) ou malheureux (décès), l'organisation du transport en urgence des malades bénéficiaires ou non-bénéficiaires du SA.
- *Le renforcement des solidarités à l'égard des groupes à risque ou marginalisés.* Le SA peut être à la base de la création de caisses de solidarité, d'œuvres sociales ou d'autres modes de prises en charge de personnes en difficultés.

3.2 Indications pour l'appréciation de l'impact sur l'offre de soins

Les relations entre l'offre de soins et le SA peuvent être de nature très diverse, entre autres:

- Le SA et l'offre de soins peuvent être intégrés dans une même structure.
- Le SA peut être en convention avec un ou plusieurs prestataires sélectionnés.

Le type de relation, les mécanismes de paiement et les facteurs «contextuels» (concurrence entre prestataires ou non, efficience de la gestion chez les prestataires, etc.) vont influencer fortement l'impact du SA sur l'amélioration de l'offre de soins. Il est donc très difficile de raisonner sur des facteurs isolés pour apprécier cet impact.

3.2.1 L'impact sur l'adéquation entre le type de services proposés et les besoins des usagers

Un SA constitue un regroupement d'usagers. Il dispose de ce fait d'un pouvoir économique constitué par sa capacité d'achat de services. Si les adhérents ont la possibilité d'exprimer leur point de vue (par exemple mutuelle de santé), il constitue également une forme de représentation des usagers. Ces deux caractéristiques contribuent à une meilleure prise en compte de la «demande» dans la définition et l'octroi des services de santé, là où existe un SA.

Exemple: *en cas de transfusion, les bénéficiaires de mutuelles au Bénin devaient se rendre dans un hôpital non conventionné avec le SA. Pour surmonter cet inconvénient, les mutuelles ont négocié avec un hôpital conventionné la mise en place d'une banque de sang. La création de ce nouveau service constitue un impact direct du SA.*

L'influence du SA sur le type de services proposés par l'offre sera d'autant plus grande que son «pouvoir d'achat» de services sera important et que la concurrence entre prestataires sera forte.

Pour suppléer à l'absence de services adaptés aux besoins de ses adhérents, le SA peut également créer directement de nouveaux services de santé.

3.2.2 L'impact sur la qualité et le prix des soins⁴¹

Un SA peut influencer positivement la qualité des soins. Plusieurs facteurs déterminent cette influence: le pouvoir d'achat et donc de négociation du SA, l'existence de mesures de contrôle de qualité agréées par les prestataires et le SA, l'incidence financière du SA sur les ressources du prestataire, etc.

Le SA va également chercher à négocier des tarifs préférentiels pour ses bénéficiaires. Les prestataires peuvent accepter une réduction de leurs tarifs (les prestataires seront d'autant plus incités à le faire s'il existe une offre de soins locale concurrente) dans la mesure où le SA peut, en fidélisant une clientèle, augmenter leur chiffre d'affaires.

Le SA rend également plus transparente la relation financière entre les usagers et les prestataires. En ce sens, le SA peut contribuer à réduire les paiements «parallèles».

Les effets sur la qualité et sur les prix doivent être rapprochés. L'évaluation du rapport qualité/prix est cependant un exercice complexe.

3.2.3 L'impact sur les revenus des prestataires

L'impact du SA sur les revenus des prestataires peut résulter:

- D'une augmentation de la clientèle. Il est intéressant de connaître la part des soins accordés aux bénéficiaires du SA dans le chiffre d'affaires global du prestataire. Deux indicateurs peuvent être utilisés à cet effet.

Indicateur I.1: Part des prestations prises en charge par le SA

Voir tome 2, page 98

Cet indicateur mesure la quantité d'actes des prestataires destinée aux bénéficiaires du SA en relation à la quantité totale d'actes qu'ils effectuent.

Cet indicateur permet d'apprécier l'importance du SA sur l'activité des prestataires. Il reflète la «pénétration» du SA en termes de volume de soins auprès des prestataires de sa zone d'intervention.

Indicateur I.2: Apport financier du SA aux prestataires de soins

Voir tome 2, page 99

Cet indicateur représente les recettes perçues par les prestataires pour des actes destinés aux bénéficiaires du SA (en cas de tiers-payant), exprimées en pourcentage des recettes totales. Il permet d'apprécier l'incidence financière du SA sur les prestataires.

Il faudra examiner ces deux indicateurs avec prudence. Il est probable qu'au moins une partie des usagers utilisaient les services des prestataires avant la création du SA. Dans ce cas, l'augmentation des recettes provoquées par le SA n'est pas égale à la contribution de celui-ci au chiffre d'affaires du prestataire⁴².

41 Il faut noter que plusieurs études ont montré que de nombreux systèmes de micro-assurance n'ont pu être créés parce qu'il existait, préalablement, une offre de soins jugée de qualité.

42 Si Y est le chiffre d'affaires réalisé par le prestataire avec les bénéficiaires et si X est le chiffre d'affaires qu'il réalisait, avant la création du SA, avec les personnes qui en sont devenues les bénéficiaires, l'augmentation de recettes due au SA est égale à Y-X et non à Y.

- *D'une réduction des impayés.* Si le prestataire dispose d'une comptabilité permettant de quantifier les impayés, il est possible d'en étudier l'évolution depuis la mise en place du SA. Ce taux d'impayés peut diminuer du fait:
 - ✓ d'une meilleure solvabilité des adhérents;
 - ✓ de l'usage du système du tiers-payant où le prestataire a comme client et «payeur» le SA et non un grand nombre d'usagers;
 - ✓ d'une plus grande capacité du prestataire à suivre le recouvrement des non-bénéficiaires (dans la mesure où une alternative leur est proposée, adhérer au SA, le prestataire dispose d'un plus grand pouvoir de pression sur les clients).
- *D'une meilleure prévision des recettes.* Le fait d'être sélectionné par le SA apporte aux prestataires une certaine stabilité quant à leur clientèle. L'instauration du paiement par capitation accroît encore la capacité des prestataires à prévoir leurs recettes (mais pas les coûts).
- *D'une modification du mode de facturation.* Les services de santé peuvent accepter des paiements par le SA sur une base forfaitaire. La pratique du forfait peut être secondairement appliquée aux non-bénéficiaires du SA.

3.3 Indications pour l'appréciation de l'impact sur la population de la zone d'intervention

La population de la zone d'intervention (PI) peut être considérée comme étant composée des bénéficiaires du SA et des non-bénéficiaires. L'impact sur les bénéficiaires a déjà été abordé plus haut. Afin de préciser l'impact du SA sur la PI, il faut mesurer la part que les bénéficiaires représentent dans celle-ci. Pour les non-bénéficiaires, l'impact peut résulter d'effets indirects des activités du SA. Ces deux points sont présentés ci-dessous.

3.3.1 La couverture de la population

Les indicateurs suivants sont proposés:

Indicateur I.3: Taux de couverture

Voir tome 2, page 100

Cet indicateur mesure le pourcentage de la population totale de la zone d'intervention auquel le SA fournit des services.

L'indicateur permet d'apprécier dans quelle mesure les activités du SA touchent la PI. Il témoigne donc du «poids» du SA au sein de la zone. Le taux de pénétration ne permet pas cette mesure. Il révèle uniquement la dynamique d'adhésion au SA et l'efficacité de celui-ci à atteindre son public cible. Une mutuelle d'artisans peut avoir un taux de pénétration élevé (mesuré par rapport au public cible) mais un faible taux de couverture, car les artisans ne représentent qu'une faible proportion de la population dans son ensemble.

Indicateur I.4: Répartition des bénéficiaires par catégorie

Voir tome 2, page 101

Cet indicateur permet d'apprécier si certaines catégories de bénéficiaires sont sur ou sous-représentées par rapport à la place qu'elles occupent dans la population de la zone d'intervention.

Les évaluateurs devront sélectionner les différentes catégories (âge, sexe, revenus, etc.) en fonction des caractéristiques du SA et de la population de la zone. Il conviendra de comparer la part que représente chaque catégorie (par exemple les femmes) d'une part au sein des bénéficiaires et d'autre part au sein de la population.

Cet indicateur doit être construit et interprété en tenant compte des objectifs de chaque SA. Il est évident qu'un SA dont l'objectif est de faciliter l'accès des femmes aux soins aura par définition un impact plus faible auprès des hommes.

3.3.2 L'impact du SA sur les non-bénéficiaires

L'impact sur les non-bénéficiaires peut résulter notamment de l'amélioration de l'offre de soins (type de services, qualité des soins, disponibilité en médicaments, etc.) induite par le SA. Celui-ci peut également être à l'origine d'activités d'éducation à la santé et de prévention; ces activités sont rarement limitées aux seuls bénéficiaires du système. L'exemple constitué par le SA peut également être à l'origine de la création d'autres systèmes destinés également à la PI.

3.4 Indications pour l'appréciation de l'impact sur l'équité

Deux aspects de l'équité sont à considérer:

- **L'équité d'accès.** L'équité en matière d'accès à la santé stipule que tout individu a le droit d'accéder aux soins indépendamment de sa situation économique, sociale, culturelle, de son état de santé, de son sexe et de son âge. La contribution du SA à cet objectif peut prendre plusieurs formes. Il s'agira, entre autres, de passer en revue:
 - ✓ *les caractéristiques des adhérents du SA.* Si celui-ci s'adresse à des personnes ne bénéficiant pas par ailleurs ou auparavant de possibilités d'accéder de manière adéquate aux soins (en raison de barrières financières, culturelles, géographiques ou autres), il aura contribué à plus d'équité s'il a eu un impact positif sur les bénéficiaires;
 - ✓ *l'apport du SA à la protection des plus démunis.* La question de l'accessibilité financière du SA a été introduite plus haut. Il convient également d'étudier si les plus démunis auront véritablement bénéficié de formes de subventions internes ou externes mises en jeu ou gérées par le SA;
 - ✓ *l'existence éventuelle de barrières à l'adhésion fixées par le SA.* Certains SA limitent l'adhésion à des catégories d'âges, à l'état de santé des candidats à l'adhésion, etc. Ces restrictions réduisent la contribution du SA à l'équité.
- **L'équité financière.** Sur le plan financier, il est souhaitable pour des raisons d'équité, que toute personne qui en a la possibilité contribue, en fonction de ses moyens, à sa propre protection sociale et, le cas échéant, à l'effort collectif que cette dernière met en jeu. Les SA

où les montants des cotisations seront déterminés en fonction des ressources de l'adhérent seront plus équitables de ce point de vue que ceux où la cotisation est fixe. Il importe également de vérifier dans le cas où des subventions seraient introduites, que celles-ci aillent effectivement à ceux qui en ont le plus besoin et que tous ceux qui ont la capacité de s'acquitter des cotisations, le fassent.

4 La pertinence du système de micro-assurance santé

Un SA est pertinent s'il fournit une réponse appropriée aux besoins pour lesquels il a été créé.

Cette définition établit un lien entre pertinence et impact. En effet, si un SA fournit une «réponse appropriée aux besoins» c'est qu'il a un impact positif sur la satisfaction de ces besoins. Toutefois, un SA peut avoir un impact et être jugé non pertinent car il ne prend pas en charge les besoins pour lesquels il est censé fonctionner.

Différentes personnes peuvent apprécier de manière très diverse la pertinence d'un même SA. Ces divergences de vues peuvent provenir non seulement d'un écart de jugement mais aussi d'une différence de «vision» quant aux motifs (besoins) justifiant l'existence du SA. Par exemple, un responsable d'une administration de la santé pourra considérer que la fonction de ce SA est de permettre aux plus pauvres d'accéder aux soins alors que pour les responsables du SA cela peut ne pas constituer une finalité. Si le SA en question ne favorise pas un tel accès, il sera considéré comme non pertinent par le responsable de l'administration alors que les responsables du SA jugeront cette pertinence sur des critères très différents.

Afin de faciliter l'analyse de la pertinence, une grille de référence des besoins a été créée à partir de la littérature et de l'expérience acquise. Ces besoins ont été listés et hiérarchisés (en fonction des problèmes existants), selon qu'ils relèvent du public cible, des prestataires potentiels ou des objectifs en matière d'équité. La contribution effective du SA à la satisfaction de ces besoins renvoie à l'évaluation d'impact qui a été abordée à la section précédente.

Grille pour l'analyse de la pertinence

Besoins identifiés	Problèmes
<i>Public cible</i>	
Les besoins d'ordre financier	
Diminution de l'exclusion temporaire	Difficulté et manque de temps pour trouver de l'argent au moment de la maladie
Diminution de l'exclusion saisonnière	Impossibilité de trouver des ressources à certaines périodes de l'année pour faire face aux dépenses de santé
Diminution de l'exclusion partielle	Impossibilité de disposer des ressources pour faire face à tous les soins prescrits par le prestataire

Besoins identifiés	Problèmes
Diminution de l'exclusion totale	Manque permanent de ressources pour faire face aux dépenses de santé
Diminution de l'insécurité face au risque maladie	Peur (inquiétude) de ne pas disposer des ressources nécessaires pour se faire soigner
Les besoins de disposer d'une offre de soins adéquate	
Amélioration de l'offre (adaptée aux besoins et de qualité)	Offre de services de santé non adaptée aux besoins (y compris d'une qualité non satisfaisante)
Diminution des barrières géographiques à l'accès aux soins	Difficulté d'accès due à l'éloignement des prestataires
Prestataires de soins	
Augmentation des revenus	Demande de soins réduite en raison de la faiblesse et de l'irrégularité des revenus des usagers
Réduction des impayés	Faible solvabilité des usagers en raison de revenus bas et irréguliers
Meilleure prévision des recettes	Niveau de la demande incertain en raison de l'irrégularité des revenus des usagers
Objectifs d'équité	
Meilleure équité d'accès	Existence de barrières d'accès aux soins de base pour les usagers ayant de faibles revenus
Meilleure équité financière	Contributions au financement des soins non liées au niveau de revenus

Un SA peut répondre à un besoin déterminé mais ne pas constituer la meilleure réponse à ce besoin au regard du contexte. Cela est particulièrement important à considérer lors de l'étude de faisabilité. Il faut alors déterminer pour un besoin donné et au regard du contexte la solution la plus «pertinente» à ce problème.

Parfois, la pertinence d'un SA est considérée davantage par rapport à ses principes de fonctionnement qu'à son fonctionnement réel. Par exemple, il est possible de juger pertinente l'existence d'un SA parce que l'assurance est le meilleur moyen de répondre aux besoins d'un ensemble de personnes même si dans la réalité le SA créé ne fonctionne pas correctement et ne répond pas, de ce fait, à ces besoins. Dans ce cas, il est possible de considérer que ce n'est pas la pertinence du SA qui est remise en cause mais son fonctionnement.

Bibliographie

- BIT-ACOPAM, ANMC, WSM. 1997: Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants (Dakar, ACOPAM).
- BIT-STEP, BIT-ACOPAM, USAID-PHR, ANMC, WSM. 1998: Contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Étude de cas au Bénin (Genève, STEP).
- BIT-STEP, ANMC, WSM. 2000: Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Estudio de caso del Seguro del Agricultor, Distrito de Sama, Las Yaras, Perú» (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Estudio de caso del Seguro Comunitario de Solano, Provincia del Cañar, Ecuador» (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Estudio de caso del Seguro Comunitario de Salud Universal del Instituto Politécnico Tomás Katari, Sucre, Bolivia» (Genève, STEP).
- BIT-STEP, OPS. 1999: «Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe» (Genève, STEP).
- BIT-STEP. 2001: «Women organizing for social protection. The Self-employed Women's Association's integrated insurance scheme» (Genève, STEP).
- Cichon M. et coll. 1999: «Modelling in health care finance. A compendium of quantitative techniques for health care financing» (Genève, BIT).
- Criel, B. 1998: «District-based health insurance in sub-Saharan Africa», Part II: Case studies (Antwerp, Belgique, ITG Press).
- Kubr, M. 1996. «Le conseil en management. Guide pour la profession» (Genève, BIT).

Annexes

Annexe 1:
Descriptif synthétique
du système
de micro-assurance
santé

Cette fiche peut être insérée au début d'un rapport d'évaluation destiné à être diffusé. Elle donnera aux lecteurs une image synthétique du SA qui les aidera à mieux comprendre et analyser l'information contenue dans le reste du rapport.

1. Nom du système de micro-assurance santé:
2. Nom de l'organisation responsable du SA
ou qui en est propriétaire
(si la propriété est légalement définie):
3. Adresse du siège social du SA:
4. Période de conception du SA:
5. Date de création du SA:
6. Date de démarrage des activités du SA
(versement des premières prestations):
7. Date de création de l'organisation responsable du SA
(si différent de la date de création du SA):
8. Nature de l'organisation responsable du SA:
 - Association
 - Organisation mutualiste
 - Organisation coopérative
 - Organisation communautaire autre que coopérative ou mutualiste
 - Autre ONG
 - Prestataire de soins à but lucratif
 - Prestataire de soins à but non lucratif
 - Syndicat
 - Autre: préciser
9. Reconnaissance légale de l'activité d'assurance:
 - Oui: forme
 - Non
10. Nature du remboursement des prestations d'assurance santé:
 - Tiers-payant
 - Remboursement des adhérents
 - Autre: préciser

11. Autres activités de l'organisation responsable du SA:

- Aucune
- Assurance décès
- Assurance invalidité
- Assurance pension
- Offre de soins
- Prévention, éducation à la santé
- Epargne / crédit
- Activités de nature syndicale
- Education / alphabétisation
- Autres formes d'assurance: objet
- Autres services sociaux: objet
- Autres activités: donner la liste

12. Modes d'adhésion:

- Individu
- Famille
- Groupe

13. Autres bénéficiaires:

- Famille
- Autres personnes à charge
- Indigents
- Autres:

14. Acquisition du statut de bénéficiaire:

- Volontaire
- Automatique
- Obligatoire

15. Nombre d'adhérents actuels au SA:

Dont pour-cent de femmes

16. Nombre total de bénéficiaires actuels du SA:

Dont pour-cent de femmes

17. Nombre total d'adhérents de l'organisation responsable du SA:
 Dont pour-cent de femmes
18. Milieu de résidence des adhérents:
- Milieu rural: pour-cent
 - Milieu urbain: pour-cent
 - Milieu périurbain: pour-cent
19. Liens entre les adhérents (autres que appartenance au SA):
- Sans lien particulier
 - Membres d'une même entreprise:
 - Membres d'un même secteur professionnel:
 - Membres d'un même village, quartier ou communauté géographique:
 - Membres d'un même groupe ethnique:
 - Membres d'une même coopérative ou d'une même organisation mutualiste:
 - Membres d'une même organisation syndicale:
 - Membres d'une même association:
 - Autres, préciser
20. Situation économique des adhérents:
- pour-cent des adhérents travaillant dans le secteur informel (hors agriculture)
 - pour-cent des adhérents travaillant dans le secteur agricole
 - pour-cent des adhérents travaillant dans le secteur formel
 - Revenus classes moyennes pour-cent total adhérents
 - Revenus infraclasse moyennes pour-cent total adhérents
 - Revenus sous seuil de la pauvreté pour-cent total adhérents
 - Revenus extrême pauvreté pour-cent total adhérents
21. Restrictions à la possibilité d'adhésion:
- Sans restriction
 - Selon âge
 - Selon sexe
 - Selon risques maladie
 - Selon revenus

- Selon lieu de résidence
 - Selon religion
 - Selon race, ethnie
 - Non appartenance à une structure particulière
(entreprise, coopératives, syndicat, etc.)
 - Autres
22. Zone géographique d'intervention du SA:
- Commune/village
 - Département
 - Province/région
 - National
23. Types de services de santé couverts par le SA:
- Soins ambulatoires aigus
 - Médicaments
 - Consultations préventives
 - Soins ambulatoires chroniques
 - Interventions chirurgicales non programmées
 - Interventions gynéco-obstétricales
 - Hospitalisations médicalisées non programmées
 - Hospitalisations programmées
 - Transport / Evacuation
 - Spécialités
 - Autres:
24. Montant total des recettes perçues au cours du dernier exercice (année à défaut):
..... (en monnaie locale) pour la période
..... équivalent US \$
25. Mode de financement de l'assurance santé:
- Cotisations des adhérents
 - Cotisations autres: préciser
 - Contribution de l'Etat
 - Subventions des prestataires de soins liées au SA
 - Contributions et subventions d'autres intervenants: préciser

31. Assistance technique:
- Bénéficie d'assistance technique permanente, depuis
 - Bénéficie d'assistance technique périodique, depuis
 - Bénéficie d'assistance technique ponctuelle, depuis
 - Ne bénéficie pas d'assistance technique.

32. Participation à un système de réassurance:
- Oui
 - Non

33. Participation à un fonds de garantie:
- Oui
 - Non

34. Autres acteurs jouant un rôle clé dans le fonctionnement du SA:

Acteurs:

.....

.....

.....

.....

Rôles:

.....

.....

.....

.....

Annexe 2:

Glossaire

Assemblée générale

L'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents ou des actionnaires. Dans les organisations de l'économie sociale (mutuelles, coopératives, associations), l'assemblée générale est l'organe de décision le plus important. Elle détermine les objectifs et la politique générale de l'organisation.

Association

Groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Exemple: association de producteurs, de consommateurs, de défense des droits de l'homme, sportive, culturelle, etc. Au contraire des sociétés commerciales, les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.

Assurance

Système de couverture des risques ou des événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces risques.

Dans le langage courant, l'assurance désigne:

- le contrat qui garantit des prestations définies en cas de survenue d'un risque précis, contre le paiement d'une prime ou de cotisations par le «client»;
- l'entreprise ou organisation (commerciale ou non, publique ou privée) qui gère des contrats d'assurance.

Assurance commerciale

Système de couverture des risques par un contrat passé entre un assureur (ou compagnie d'assurance) et un assuré (individu ou groupe). En contrepartie d'un versement de primes/cotisations, l'assureur garantit à l'assuré le paiement d'une indemnité convenue en cas de survenue d'un risque déterminé (incendie, inondation, vol, accident, maladie, perte de récoltes, etc.). Les assurances commerciales sont à but lucratif.

Assurance groupe

Contrat d'assurance passé entre une compagnie d'assurance commerciale et un groupe de bénéficiaires (le plus souvent tout le personnel d'une entreprise). Il s'agit d'une couverture complémentaire aux systèmes de sécurité sociale, soit dans le domaine des soins de santé (exemple: assurance hospitalisation), soit dans celui des pensions de retraite (revenu garanti après la fin de carrière du salarié).

Assurance santé obligatoire (assurance maladie obligatoire)

Système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité des dépenses de santé d'un individu dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'Etat.

Assurance santé complémentaire (assurance santé complémentaire)

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'assurances.

Assurance sociale

Expression généralement utilisée pour désigner les systèmes d'assurance obligatoire existant dans certains pays développés (par exemple en Europe) et basés sur la solidarité nationale. Le gouvernement de Bismarck, en Allemagne, a été le premier à instituer un système d'assurance sociale dans ce sens, et depuis lors, celui-ci a inspiré plusieurs systèmes similaires en Europe.

Dans un sens plus large, l'assurance sociale peut aussi être comprise comme tout système d'assurance à but non lucratif basé sur la solidarité sociale, qu'il soit volontaire ou obligatoire; les mutuelles en constituent un exemple.

Bénéficiaire (d'un SA)

Toute personne qui, à titre d'adhérent ou de personne à charge, bénéficie des services du SA.

Contrôle social

Désigne le contrôle interne induit par l'existence de relations sociales entre les adhérents (ils se connaissent, ils sont du même groupe ethnique, etc.). Le contrôle social ne constitue pas un mécanisme formel de contrôle.

Convention (entre un SA et un prestataire de soins)

Accord conclu entre le prestataire de soins et le SA, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir, à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.

Coopérative

Association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun, par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement, en fournissant une quote-part équitable du capital nécessaire et en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits de cette entreprise au fonctionnement de laquelle les adhérents participent activement (*Extrait de la Recommandation 127 sur les coopératives de l'Organisation internationale du Travail*).

Cotisation

Somme d'argent déterminée, périodiquement versée au SA par l'adhérent pour pouvoir bénéficier de ses services. La cotisation désigne le plus souvent la contribution de l'adhérent lorsque celle-ci est proportionnelle au salaire; dans le cas contraire (montant fixe), il est fréquent d'utiliser le terme de «prime».

Coûts cachés

Ils correspondent à des ressources mises à disposition et utilisées par le SA et qui ne sont pas comptabilisées dans le compte de résultat.

Droit d'adhésion

Somme d'argent versée à un SA par le nouvel adhérent au moment de son inscription: 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.

Echelon des infrastructures sanitaires

Ensemble des infrastructures de santé dont les fonctions sont identiques. Les dispensaires, centres de santé ou cabinets médicaux constituent le premier échelon; les hôpitaux de zone le deuxième échelon; les hôpitaux régionaux ou les hôpitaux universitaires le troisième. En général, il faut un système de référence pour passer d'un échelon à l'autre (sauf en cas d'urgence), ce qui veut dire, par exemple, que pour accéder à un hôpital, il faut y être «référé» par un dispensaire.

Excédent

Désigne 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)

Période sur laquelle sont établis les états financiers. Le choix de l'exercice est généralement soumis à une réglementation. Souvent, il correspond à l'année civile.

Fonds de garantie

Désigne un fonds auquel un SA peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement, le fonds de garantie intervient sous forme de prêt au SA qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont souvent définis avec précision. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement du SA.

Fonds de réserve

Capitaux propres constitués par le SA pour faire face à des dépenses futures en particulier en cas de situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

Forfait (prestation)

Désigne le montant versé comme prestation aux adhérents lorsqu'il est fixé d'avance et indépendamment du montant réel des frais médicaux.

Formation médicale ou formation sanitaire

Toute structure ou institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins de santé auprès de la population (centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital, etc.).

Franchise

Lorsqu'un SA ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en fonction du type de services couverts.

Garanties

Ensemble des avantages octroyés par un assureur à un assuré en contrepartie du versement de cotisations ou d'une prime d'assurance.

Médecin-conseil

Médecin qui travaille pour un SA et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins et aux patients. Il conseille le SA dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. 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 générique

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.

Médicaments essentiels

Les médicaments essentiels sont ceux qui sont sélectionnés par l'OMS en raison de leur importance pour prévenir ou soigner les maladies les plus fréquentes dans un pays. L'emploi de cette sélection permet d'améliorer la thérapie, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

Mouvement social

Tout groupe social organisé (association de personnes, syndicat, groupement, mutuelle, coopérative...) qui mène des actions en faveur du bien-être de ses adhérents et de la société en général.

Risque moral

Le risque moral est le phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à « valoriser » au maximum les cotisations versées. Pour certains auteurs, le risque moral désigne également les abus de prescription de la part des prestataires de soins.

Mutualisation du risque

Principe selon lequel les risques individuels sont regroupés pour être redistribués entre les adhérents. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.

Offre de soins

Désigne l'ensemble des services de santé disponibles pour une population donnée.

Patient

Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Période probatoire ou période d'attente

Egalement appelée période d'observation ou stage d'attente (ou tout simplement «stage»), elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux services du SA. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et ne se retirent ensuite (par exemple adhésion en prévision d'un accouchement).

Personnalité juridique

La personnalité juridique peut être accordée aux personnes physiques ou morales. La personne physique est tout être humain, tandis que la personne morale est un groupement d'individus auquel la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses adhérents. Comme une personne physique, une personne morale a des droits et des obligations. La personnalité juridique peut s'acquérir par l'enregistrement sous différentes formes: association sans but lucratif (ASBL), coopérative, mutuelle, société anonyme, société à responsabilité limitée (SARL), etc.

Personne à charge

Personne qui, sans être adhérent du SA, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec un adhérent (par exemple un conjoint, un enfant, un ascendant, etc.).

Perte

Désigne 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».

Plafonnement des prises en charge

Le SA peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Ce plafonnement permet de limiter les dépenses du SA et de le protéger de cas «catastrophiques» qui, par leur coût très élevé, pourraient entraîner la faillite du système.

Portefeuille de risques

Ensemble des contrats écrits ou non en cours de validité. Chaque contrat couvre une ou plusieurs personnes contre une certaine quantité de risques correspondants aux prestations couvertes.

Prestataires de soins

Terme général désignant toute personne ou formation médicale, qui dispense des soins de santé à un patient.

Prévoyance

Attitude qui consiste à prendre un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'un risque. Par exemple, stocker des denrées alimentaires en prévision d'une sécheresse ou d'une pénurie, épargner en vue d'un mariage, etc.

Protection sociale

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.*)

Réassurance

La réassurance est un mécanisme selon lequel un système d'assurance souscrit une assurance auprès d'une autre assurance. Il s'agit donc de l'assurance de l'assureur. C'est une assurance de deuxième degré pour un SA qui le lie à un réassureur. Ce mécanisme permet une diversification des risques et leur répartition sur une base plus large.

Référence obligatoire

Désigne l'obligation de consulter un médecin d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation médicale d'un échelon supérieur. Le médecin réfère le patient à l'échelon supérieur.

Règlement intérieur

Document qui fixe les règles et modalités pratiques de fonctionnement d'une association, que tous les adhérents doivent s'engager à respecter. Le règlement intérieur complète et rend plus explicites les statuts.

Risque

Probabilité qu'un événement (bon ou mauvais) se produise. Par extension, événement indésirable contre la survenance duquel on s'assure. Les principaux risques sociaux sont: la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc. (voir sécurité sociale). Les risques sociaux positifs sont le mariage, la naissance, etc.

Risque de surprescription

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation des prestations en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du fait que ce dernier sait qu'il est assuré.

Risque de surconsommation

Il se rapporte au phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à «valoriser» au maximum les cotisations versées.

Risques de santé

En matière de soins de santé, on fait la différence entre gros risques et petits risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent des dépenses importantes, comme une hospitalisation, un accouchement, une opération chirurgicale, etc. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées, comme les consultations auprès d'un médecin généraliste ou l'achat de médicaments.

Santé

Selon la définition de l'OMS: «La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité».

Sécurité sociale

Protection que la société accorde à ses adhérents, grâce à une série de mesures publiques, 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; à cela s'ajoute la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants. (D'après la Convention N° 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale [norme minimum]).

Sélection adverse

Il y a sélection adverse ou anti-sélection, lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilient à un système d'assurance, dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système par un niveau de dépenses trop élevé par adhérent.

Sinistralité (d'un SA)

Désigne la relation entre les prestations dont bénéficient les adhérents et les cotisations qu'ils paient au SA.

Soins de santé de base

Soins courants dispensés aux patients dans les formations médicales, premier point de contact de la population avec le système de santé. Ils comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle.

Soins de santé primaires

Stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé de premier échelon, sur leur extension (de l'aspect curatif aux interventions 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 ambulatoires

Soins effectués dans un établissement médical mais sans hospitalisation ou internement du patient.

Soins à domicile

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 des frais de déplacement du prestataire.

Soins hospitaliers

Soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour en hôpital comptant au moins une nuit.

Soins spécialisés

Consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).

Spécialité

Médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

Ticket modérateur

Il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé.

Tiers-payant

Système de paiement des dépenses de santé dans lequel l'adhérent ne paie au prestataire que la partie du coût des soins qui est à sa charge (ticket modérateur). Le SA paie le complément de ce coût directement au prestataire.

**Guide de suivi
et d'évaluation
des systèmes
de micro-assurance
santé**

Tome 2:
Indications pratiques



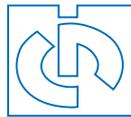
Le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde.

En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociales.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, recherche.

Programme STEP

Secteur de la Protection 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/publs



Le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), créé en 1961, a pour objet la mise en place de systèmes économiques et sociaux visant la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme. Il cherche à promouvoir un développement solidaire, durable et efficace au niveau des familles, des villages et des régions.

Le CIDR intervient dans quatre domaines:

- l'entreprise et le développement économique local;
- les systèmes financiers décentralisés;
- le développement local et l'appui à la décentralisation;
- les systèmes de santé et la prévoyance sociale.

Pour répondre à la demande des populations ou des acteurs de développement, il met en œuvre des recherches-actions sur des thématiques innovantes, élabore des outils de suivi-évaluation, organise l'échange de savoir et la diffusion des résultats obtenus (publications, organisation de stages et de dispositifs de formation).

Centre international de Développement et de Recherche

B.P. 1 - 60350 Autrèches, France
Tél.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Tome 2: Indications pratiques

Bureau international du Travail
Centre international de Développement et de Recherche

avec le soutien
de la Direction du Développement et de la Coopération Suisse

Première édition 2001

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, CIDR

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), 2001

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

ISBN 92-2-212552-5

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 quand 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 et le Centre international de Développement et de Recherche souscrivent 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 et du Centre international de Développement et de Recherche 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. Il est possible également de se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste de nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par e-mail: pubvente@ilo.org ou par le site web: www.ilo.org/pblns

Le catalogue des publications du programme STEP est disponible sur le site web: www.ilo.org/step/pubs

Remerciements

Ce guide a été produit conjointement par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Secteur de la Protection sociale du Bureau international du Travail (BIT) et par le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR). Ces deux structures travaillent depuis plusieurs années au développement des connaissances en matière d'extension de la protection sociale, en particulier, à travers l'appui à des initiatives locales.

La réalisation de ce guide a été financée par le programme STEP et la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC) et effectuée sous la coordination méthodologique du CIDR.

Le guide a été élaboré conjointement par Bruno Galland (CIDR), Guillaume Debaig (CIDR) et plusieurs membres du programme BIT/STEP. Sa conception a bénéficié de la contribution de Dominique Evrard (ANMC) et d'Alain Letourmy (CERMES). Le programme STEP en a réalisé la mise en forme définitive.

L'apport de nombreux acteurs œuvrant tant au niveau local que national et international a permis d'enrichir le guide. Des tests de terrain ont été effectués lors de l'élaboration de la version provisoire du guide auxquels ont participé: Issa Sissouma (UTM, Mali), Mirindi Ruhana (coordinateur santé BOM, Ile d'Idjwi, Congo), André Wade (GRAIM Sénégal, mutuelle de Lalane Diassap), Charles Wade (GRAIM Sénégal, mutuelle de Fandène), Fabien Habimana (ANMC).

Les auteurs et éditeurs remercient chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur soutien tout au long du processus de production du guide.

Si vous avez utilisé le guide et souhaitez nous faire connaître les résultats de vos travaux et vos critiques ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

BIT - STEP

Secteur de la Protection 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

CIDR

B.P. 1 - 60350 Autrêches,
France
Tél.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Table des matières

Partie I: Remplissage des tableaux	1
<hr/>	
La comptabilisation des cotisations et des prestations au CdR et au bilan	7
La comptabilisation des cotisations	7
La comptabilisation des prestations	9
Partie II: Calcul des indicateurs	43
<hr/>	
1. Indicateurs d'évaluation de la viabilité administrative	45
2. Indicateurs d'évaluation de la viabilité technique	57
3. Indicateurs d'évaluation de la viabilité fonctionnelle	66
4. Indicateurs d'évaluation de viabilité financière	75
5. Méthode de valorisation des coûts cachés et calcul du résultat économique	81
6. Indicateurs d'évaluation de la viabilité économique	83
7. Indicateurs d'évaluation des ressources humaines	85
8. Indicateurs d'efficacité	87
9. Indicateur d'efficience	97
10. Indicateurs d'impact	98

Index des tableaux

Tableaux	Intitulés	Tome 1	Tome 2
Tableau 1	Présentation simplifiée du compte de résultat	16	4
Tableau 2	Présentation simplifiée du bilan	19	6
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques de la population et du public cible	28	12
Tableau 4	Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires	30	17
Tableau 5	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire	34/35	20
Tableau 6	Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge	36	23
Tableau 7	Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge	38	25
Tableau 8	Fiche de suivi des fréquences de risques	39	27
Tableau 9	Fiche de suivi budgétaire	41	28
Tableau 10	Fiche de suivi du plan de trésorerie	42	29
Tableau 11	Liste des outils de gestion et de suivi	43	30
Tableau 12	Référentiel des services couverts par un SA	61	31
Tableau 13¹	Récapitulatif des indicateurs de viabilité financière de l'assurance santé	78	—
Tableau 14¹	Récapitulatif des indicateurs de viabilité de l'assurance santé	82	—
Tableau 15	Tableau de rôle théorique	91	36
Tableau 15bis	Tableau de rôle réel	91	36
Tableau 16	Analyse d'une convention avec un prestataire de soins	103	38
Tableau 17	Stades de progression vers la reconnaissance juridique	104	40
Tableau 18	Obligations statutaires et réglementaires	105	41

¹ Les tableaux récapitulatifs n^{os} 13 et 14 ne sont pas repris dans le tome 2 car leur remplissage n'appelle pas de commentaires particuliers.

Index des indicateurs

N°	Intitulés	Tome 1	Tome 2
Viabilité administrative			
T.1	Suivi des adhésions	48/49	45
T.2	Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion	49	47
T.3	Contrôle des droits aux prestations	50	49
T.4	Suivi des prises en charge	50	51
T.5	Suivi du portefeuille de risques	50	53
T.6	Suivi de l'enregistrement comptable	51	54
T.7	Suivi financier	51	55
T.8	Qualité globale du suivi	52	56
Viabilité technique			
G.1	Modalités d'adhésion	60	57
G.2	Qualité du portefeuille de risques	62	59
G.3	Coûts moyens des prestations prises en charge	62	63
Viabilité fonctionnelle			
M.1	Taux de croissance brute	64	66
M.2	Taux de fidélisation	64	68
M.3	Taux de croissance interne	66	70
M.4	Taux de croissance externe	66	71
M.5	Taux de pénétration	66	72
M.6	Taux de recouvrement	67	73
M.7	Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents	67	74
Viabilité financière			
F.1	Ratio de liquidité immédiate	69	75
F.2	Ratio de capitaux propres	70	76
F.3	Ratio de couverture des charges ou taux de réserve	70	77
F.4	Ratio des cotisations acquises / charges	71	78

N°	Intitulés	Tome 1	Tome 2
F.5	Ratio de sinistralité	71	79
F.6	Ratio des frais de fonctionnement brut	72	80
Viabilité économique			
V.1	Taux de financement propre	81	83
V.2	Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)	81	84
Ressources humaines			
H.1	Outils d'administration du personnel	97	85
H.2	Investissement en formation	98	86
Efficacité			
E.1	Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires	109	87
E.2	Taux d'utilisation comparé des services de santé	110	88
E.3	Temps de latence comparé	110	90
E.4	Durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée	110	92
E.5	Coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée	111	94
E.6	Taux d'exclusion des bénéficiaires	111	95
Efficiences			
C.1	Produits financiers	112	97
Impact			
I.1	Part des prestations prises en charge par le SA	117	98
I.2	Apport financier du SA aux prestataires de soins	117	99
I.3	Taux de couverture	118	100
I.4	Répartition des bénéficiaires par catégorie	119	101

Liste des sigles

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux Initiatives de Développement à la Base
AG	Assemblée générale
ANMC	Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes
ASBL	Association sans but lucratif
BIT	Bureau international du Travail
CA	Conseil d'administration
CdR	Compte de résultat
CERMES	Centre de recherche Médecine, Maladie et Sciences sociales
CIDR	Centre international de Développement et de Recherche
CS	Centre de santé
CSC	Centre de santé communal
DCI	Dénomination commune internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
FCFA	Francs CFA
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives mutualistes
IPTK	Institut polytechnique Tomas Katari
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OR	Organisations responsables
PI	Population de zone d'intervention
RDC	République démocratique du Congo
Rb	Résultat avant subvention
SA	Système de micro-assurance
SARL	Société à responsabilité limitée
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TAN	Taux de croissance national
UM	Unité monétaire
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	Solidarité Mondiale

Partie I:

**Remplissage
des tableaux**

Tableau 1: **Présentation simplifiée du compte de résultat**

Référence	Tome 1 - partie I, section 5.1.
Sources d'information	Les informations nécessaires à la production du CdR proviennent des documents comptables.
Méthode de remplissage	Les méthodes d'établissement d'un CdR sont supposées connues des gestionnaires, des évaluateurs et des structures d'appui. Le CdR est présenté ici car il sert à la construction des indicateurs.
Exemple	<p>L'exemple fictif présenté est celui d'une mutuelle rurale africaine bénéficiant de l'appui d'un projet. Il servira dans d'autres exemples utilisés pour le calcul des indicateurs.</p> <p>La mutuelle de Kalikoro a démarré ses activités le 1^{er} janvier 1995. Fin décembre 1997, elle a clôturé son troisième exercice annuel. Les comptes de l'exercice 1997, établis en francs CFA (FCFA), ont été arrêtés au 31 décembre 1997. Les gestionnaires dressent le CdR en reprenant l'ensemble des produits et charges enregistrés par la mutuelle.</p> <p>Au niveau des produits:</p> <ul style="list-style-type: none">● Au 31 décembre 1997, 1 300 adhérents ont payé leur cotisation. Le montant des cotisations acquises pour l'exercice 1997 a été de 1 200 000 FCFA.● Les sommes déposées à la banque ont rapporté des intérêts de 5 000 FCFA.● Par ailleurs, la mutuelle a reçu une subvention d'exploitation de 150 000 FCFA. <p>Au niveau des charges:</p> <ul style="list-style-type: none">● Les prestations de santé à la charge de la mutuelle durant l'exercice ont été de 900 000 FCFA. 850 000 FCFA ont été comptabilisés et 50 000 FCFA correspondent à des soins fournis aux bénéficiaires mais pour lesquels le prestataire n'a pas encore émis de facture.● La mutuelle est gérée par un comité de gestion. Les adhérents se réunissent mensuellement. Le trésorier et le secrétaire général reçoivent des indemnités d'un montant annuel total de 50 000 FCFA.● Les déplacements et la restauration des membres du comité sont payés par la mutuelle. 50 000 FCFA ont été dépensés à cette fin au cours de l'exercice.● La mutuelle a acheté des cartes d'adhérents et des fournitures de bureau pour un montant de 65 000 FCFA.

- La mutuelle a organisé une fête pour faire connaître ses activités à la population. Elle a consacré 50 000 FCFA à cet événement. Elle a également effectué des campagnes d'information dans de nouveaux villages pour un coût de 150 000 FCFA. Au total les frais de promotion s'élèvent à 200 000 FCFA.

Le CdR simplifié se présente de la manière suivante:

Charges			Produits		
<i>Charges en prestations</i>					
✓ Remboursement des adhérents	0	a1	Cotisations	1 200 000	(f)
✓ Paiement des prestataires	900 000	a2			
<i>Sous-total prestations</i>	900 000	(a)	<i>Sous-total cotisations</i>	1 200 000	(f)
<i>Autres charges</i>					
✓ Salaires ou indemnités	50 000	b1	Droits d'adhésion (ou d'entrée)	0	(g)
✓ Loyers et charges	0	b2			
✓ Frais de déplacement	50 000	b3			
✓ Fournitures de bureau	65 000	b4			
✓ Frais de formation et de promotion	200 000	b5			
<i>Sous-total autres charges</i>	365 000	(b)	<i>Sous-total cotisations + droits d'adhésion</i>	1 200 000	(f + g)
<i>Amortissement (dotation)</i>	0	(c)			
<i>Charges financières</i>	0	(d)	<i>Produits financiers</i>	5 000	(h)
<i>Charges exceptionnelles</i>	0	(e)	<i>Produits exceptionnels</i>	0	(i)
Total charges	1 265 000	A	Total produits avant subvention	1 205 000	B
Résultat avant subvention (excédent)		Rb = B-A	Résultat avant subvention (déficit)	60 000	Rb = B-A
			Subvention d'exploitation*	150 000	(S)
Total charges	1 265 000	A	Total produits	1 355 000	C = B+S
Résultat après subvention	90 000	(R) = C-A	Résultat après subvention		(R) = C-A
TOTAL	1 355 000	X	TOTAL	1 355 000	X

* Les subventions d'exploitation sont généralement reprises dans les produits d'exploitation.

Tableau 2: **Présentation simplifiée du bilan**

Référence	Tome 1 - partie I, section 5.2.
Sources d'information	Les informations nécessaires à l'élaboration du bilan proviennent des documents comptables.
Méthode de remplissage	Les méthodes d'établissement du bilan sont supposées connues des gestionnaires, des évaluateurs et des structures d'appui. Le bilan est présenté ici car il sert à la construction des indicateurs.
Exemple	<p>L'exemple utilisé est le même que celui employé pour le CdR.</p> <p>La mutuelle de Kalikoro a démarré le 1^{er} janvier 1995. En fin décembre 1997, elle a clôturé son troisième exercice annuel. Les comptes de l'exercice 1997 ont été arrêtés au 31 décembre 1997 (en FCFA). Courant janvier, les gestionnaires dressent le bilan, à savoir la situation du patrimoine de la mutuelle au 31 décembre 1997.</p> <p>Au niveau de l'origine des ressources:</p> <ul style="list-style-type: none">● 300 000 FCFA représentent les réserves constituées par les résultats des deux exercices précédents.● 150 000 FCFA sont des subventions que la mutuelle a reçues comme fonds de départ lors de sa création (ces subventions ne doivent pas être confondues avec celles versées en 1997 pour le financement de l'exploitation).● 100 000 FCFA de factures reçues mais non encore payées correspondent à des soins fournis aux adhérents pour le mois de décembre. La mutuelle doit les payer avant le 31 janvier 1998. Il s'agit d'une dette à court terme vis-à-vis des prestataires. De plus des soins pour un montant de 50 000 FCFA ont été reçus par les bénéficiaires mais n'ont pas encore été facturés par le prestataire concerné.● 90 000 FCFA correspondent au résultat de l'exercice.● 100 000 FCFA correspondent à des cotisations perçues d'avance. Certains adhérents ont en effet payé leur cotisation en juillet et novembre 1997 pour une année. Le comptable «reporte» ce montant de l'exercice 1997 pour couvrir les dépenses de maladie durant l'exercice 1998 (voir section suivante). <p>Au niveau de l'emploi des ressources:</p> <ul style="list-style-type: none">● 50 000 FCFA correspondent à des retards de paiement des cotisations des adhérents. Ceux-ci ont dès lors des dettes vis-à-vis de la mutuelle.

- 250 000 FCFA sont placés auprès d'une banque pour faire fructifier les fonds de la mutuelle.
- 390 000 FCFA sont disponibles sur le compte courant de la mutuelle.
- 100 000 FCFA sont disponibles dans la caisse de la mutuelle.

Le bilan simplifié se présente de la manière suivante:

Emploi des ressources			Origine des ressources		
Actif		(N°)	Passif		(N°)
Immobilisations	0	11	Réserves	300 000	1
✓ Immobilisations incorporelles		11.1	Résultat (excédent/perte) de l'exercice ²	90 000	2
✓ Immobilisations corporelles		11.2	Subventions d'investissement	150 000	3
Créances à long terme	0	12	Dettes à long terme		4
Stocks	0	13	Dettes à court terme		5
Créances à court terme	50 000	14	✓ Prestataires	150 000	5.1
Placements financiers	250 000	15	✓ Adhérents	0	5.2
Valeurs disponibles		16	✓ Autres fournisseurs	0	5.3
✓ Comptes bancaires	390 000	16.1			
✓ Caisses	100 000	16.2			
Comptes de régularisation	0	17	Comptes de régularisation		6
			✓ Produits constatés d'avance	100 000	6.1
Total de l'actif	790 000	18	Total du passif	790 000	7

2 Le bilan est présenté avant affectation du résultat de l'exercice. Celui-ci pourra notamment être affecté en partie aux réserves (pour couvrir notamment des prestations futures en cas d'événements imprévus). L'affectation du résultat est du ressort de la gestion comptable et financière.

La comptabilisation des cotisations et des prestations au compte de résultat et au bilan

La comptabilisation des cotisations

Il est utile en premier lieu de rappeler quelques définitions concernant les cotisations:

- **Les cotisations émises** au cours d'un exercice, ou cotisations appelées, sont les cotisations que le SA doit théoriquement recevoir en contrepartie de tous les contrats en cours.
- **Les cotisations perçues** sont les cotisations que le SA a effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours.
- **Les cotisations acquises** (pour la période considérée) constituent la part des cotisations qui correspondent à l'exercice considéré.

La distinction entre cotisations émises, perçues et acquises est nécessaire afin de déterminer les ressources dont dispose le SA pour couvrir les prestations d'un exercice donné (et celles qu'il doit réserver car correspondant à l'exercice suivant).

Les documents comptables (journal, grand livre) prévoient:

- *au niveau du compte de cotisations* (compte de gestion), l'enregistrement de l'ensemble des cotisations émises sur la base des contrats en vigueur;
- *au niveau du compte de créances à court terme* (compte de bilan), l'enregistrement (au débit du compte) de la contrepartie des cotisations émises. Au fur et à mesure de leur encaissement, les cotisations perçues par le SA sont portées au crédit de ce compte.

En fin d'exercice, lors de l'établissement du CdR et du bilan, deux cas méritent un commentaire particulier.

Premier cas: la période pour laquelle les cotisations sont émises diffère de celle de l'exercice comptable

La mutuelle de Kalikoro a pris en charge du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1997 (exercice 1997) 1 300 adhérents pour qui elle a demandé une cotisation de 1 000 FCFA. Les cotisations couvrent une période d'un an. Parmi elles:

- 1 120 cotisations ont été émises au 1^{er} janvier, pour une période d'un an. Les cotisations émises couvrent la même période que l'exercice et sont acquises pour l'exercice, soit $1\,120 \times 1\,000 = 1\,120\,000$ FCFA (segment [a] dans le diagramme ci-dessous).

- 150 cotisations ont été émises au 1^{er} juillet, pour une période d'un an. Les cotisations émises (150 000 FCFA) couvrent la période du 1^{er} juillet 1997 au 30 juin 1998. Les cotisations acquises pour l'exercice 1997 correspondent à la part des cotisations émises couvrant la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 1997 (6 mois), soit $150\,000 \times 6/12 = 75\,000$ FCFA (segment [b1] dans le diagramme ci-dessous). La différence ($150\,000 - 75\,000 = 75\,000$ FCFA) est considérée comme des cotisations perçues d'avance.
- 30 cotisations ont été émises le 1^{er} novembre, pour une période d'un an. Les cotisations émises (30 000 FCFA) couvrent la période du 1^{er} novembre 1997 au 31 octobre 1998. Les cotisations acquises pour l'exercice 1997 correspondent à la part des cotisations émises couvrant la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 1997 (2 mois), soit $30\,000 \times 2/12 = 5\,000$ FCFA (segment [c1] dans le diagramme). La différence ($30\,000 - 5\,000 = 25\,000$ FCFA) est considérée comme des cotisations perçues d'avance.

	Année N		Année N + 1	
Compte de résultat	01/01	31/12	01/01	31/12
Période couverte	a			
Adhérents a	1 120 /-----/			
Adhérents b	b1		b2	
	150 /-----/		/-----/	
Adhérents c	c1		c2	
	30 /-----/		/-----/	
Cotisations émises	a+b+c soit, (1 120 + 150 + 30) × 1 000 = 1 300 000		=0	
Cotisations acquises	a + b1 + c1 soit, (1 120 + 75 + 5) × 1 000 = 1 200 000			
Cotisations perçues d'avance	b2 + c2 soit, (75 + 25) × 1 000 = 100 000			

Dans les documents comptables, est enregistré, dans le compte de cotisations (au crédit), le total des cotisations émises, c'est-à-dire $1\,120\,000 + 150\,000 + 30\,000$, soit $1\,300\,000$ FCFA. C'est le montant des cotisations attendues par la mutuelle de la part des bénéficiaires qu'elle assure.

Lors de l'établissement du CdR à la clôture de l'exercice, ne sont pris en compte que les produits de l'exercice considéré (et uniquement eux). Aussi, seules les cotisations acquises

relèvent-elles de l'exercice et doivent figurer au CdR, c'est-à-dire $1\ 120\ 000 + 75\ 000 + 5\ 000 = 1\ 200\ 000$ FCFA.

Pour ne faire apparaître que les cotisations acquises, le comptable réalise en fin d'exercice une régularisation, en enregistrant dans:

- *Le compte de cotisations*, (en débit) la différence entre les cotisations émises et acquises, soit $1\ 300\ 000 - 1\ 200\ 000 = 100\ 000$ FCFA. Le solde du compte de cotisations sera donc de $1\ 200\ 000$ FCFA correspondant effectivement aux cotisations acquises pour l'exercice 1997. C'est ce montant qui figure dans la cellule (f) du CdR.
- *Le compte de régularisation au passif du bilan* (cellule 6), à savoir le compte de produits constatés d'avance, cette différence de $100\ 000$ FCFA (en crédit).

C'est ce montant qui figure dans la cellule (6.1) du bilan.

Au début de l'exercice suivant, un débit à «Produit constaté d'avance» efface le poste; le crédit est porté au compte de produits.

Deuxième cas: certaines cotisations émises ne sont pas payées à la clôture de l'exercice.

Reprenant l'exemple ci-dessus, sur les $1\ 300\ 000$ FCFA de cotisations émises, la mutuelle a effectivement perçu $1\ 250\ 000$ FCFA. La différence entre les cotisations émises et les cotisations perçues, soit $50\ 000$ FCFA constitue une créance que la mutuelle doit recouvrer auprès de ses adhérents.

Dans les documents comptables, le compte de créances à court terme (compte d'actif du bilan) constitue la contrepartie du compte de cotisations (compte de gestion). Il a été débité de $1\ 300\ 000$ FCFA sur l'ensemble de l'exercice. Or, comme seuls $1\ 250\ 000$ FCFA ont été perçus (inscrits en crédit du compte), le solde constaté en fin d'exercice est de $50\ 000$ FCFA.

C'est ce montant qui figure dans le bilan au compte de créances à court terme en tant que créances à recouvrer par la mutuelle auprès de ses adhérents (cellule 14 du bilan).

La comptabilisation des prestations

Les documents comptables prévoient:

- *au niveau du compte de prestations* (compte de gestion), l'enregistrement de l'ensemble des prestations à charge du SA;
- *au niveau du compte de dettes à court terme* (compte de bilan), l'enregistrement (au crédit du compte) du montant des prestations à prendre en charge. Au fur et à mesure du paiement des prestations par le SA (aux adhérents et/ou aux prestataires), celles-ci sont portées au débit de ce compte.

En fin d'exercice lors de l'établissement du CdR et du bilan, deux cas méritent un commentaire particulier.

Premier cas: certaines factures des prestataires ne sont pas encore parvenues au SA lors de la clôture de l'exercice

Des adhérents ont pu se faire soigner en fin d'exercice comptable et les factures des prestataires correspondant à ces soins peuvent ne pas être parvenues au SA à la date d'établissement des états financiers. Il s'agit néanmoins de charges imputables à l'exercice.

L'exemple de la mutuelle de Kalikoro illustre cette situation.

La mutuelle pratique le système du tiers-payant. Durant l'exercice 1997, elle a reçu pour 850 000 FCFA de factures des prestataires et estime (sur la base des attestations de soins) que des factures d'un montant de 50 000 FCFA ne lui sont pas encore parvenues.

Dans les documents comptables sont enregistrées, dans le compte de prestations, les seules charges pour lesquelles des factures ont été reçues, c'est-à-dire 850 000 FCFA. Ce montant ne correspond toutefois pas aux charges réelles qui sont de 50 000 FCFA plus élevées.

Lors de l'établissement des états financiers, il faut effectuer des écritures de correction pour tenir compte des charges réelles de l'exercice. Ces écritures sont effectuées de la manière suivante:

- *Utilisation d'un compte rattaché au compte de tiers «prestataires»* (ce compte est cumulé avec le compte de tiers, sous la cellule 5.1, dans la présentation simplifiée du bilan). Le compte rattaché est crédité du montant des factures non parvenues soit 50 000 FCFA. Le solde cumulé du compte de tiers prestataires s'élève ainsi à un total de 1 50 000 FCFA (d'après l'exemple, la mutuelle de Kalikoro avait par ailleurs une dette de 1 00 000 FCFA vis-à-vis des prestataires, voir ci-dessous).
- *Utilisation du compte de charge «prestations»* (prestations reçues par les bénéficiaires et prises en charge par la mutuelle, cellule a.2). Les 50 000 FCFA de soins dont la facture n'est pas parvenue sont portés au débit du compte. Le solde du compte est ainsi de 850 000 + 50 000 FCFA soit 900 000 FCFA.

Deuxième cas: certaines factures reçues n'ont pas été payées par la mutuelle durant l'exercice 1997

Reprenant l'exemple de la mutuelle de Kalikoro, parmi les factures reçues:

- 750 000 FCFA ont été effectivement payés aux prestataires en 1997;
- 100 000 FCFA sont encore impayés à la fin 1997 et devront l'être à la fin janvier 1998.

Dans les documents comptables, le compte de dettes à court terme (compte de tiers «prestataires», compte de bilan), constitue la contrepartie du compte de prestations (compte de gestion). Les dernières factures de l'année doivent être enregistrées au compte de prestations (soit 850 000 FCFA avant la correction présentée plus haut). Les 100 000 FCFA correspondant aux factures non payées sont portés comme dettes à court terme vis-à-vis des prestataires (cellule 5.1 du bilan).

Tableau 3: **Caractéristiques sociodémographiques de la population et du public cible**

Référence	Tome 1 - partie II, section 1.2.1.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Données démographiques et économiques de la zone d'intervention (ou à défaut du pays) issues, notamment, des recensements.● Enquêtes réalisées auprès du public cible ou informations réunies au cours d'une étude de faisabilité.● Etudes sociodémographiques menées au niveau local.
Méthode de remplissage	<p>Les données portées dans la 2^e colonne doivent être les plus récentes possible. Il est également important d'indiquer l'année (ou les années) de référence dans la 3^e colonne ainsi que la source de ces données dans la 4^e colonne.</p> <p>Ces données concernent la population de la zone d'intervention du SA et son public cible.</p> <p>La population de la zone d'intervention du SA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Effectif (X)</i>. C'est le nombre de personnes composant la population de la zone dans laquelle opère le SA.<ul style="list-style-type: none">– Pour les SA à base territoriale, la population de la zone d'intervention est facile à définir. Exemple: si le SA opère au niveau d'une seule région, la population de la zone d'intervention est égale au total de la population de cette région.– Pour les SA à base socioprofessionnelle, la population de la zone d'intervention est constituée de la population où est implantée la catégorie socioprofessionnelle à laquelle s'adresse le SA. Exemple: si le SA s'adresse aux pêcheurs, la population de la zone d'intervention est constituée des populations installées dans les régions côtières ou à proximité des fleuves et rivières. <p>Les recensements constituent la principale source de données pour connaître l'effectif de la population de la zone d'intervention. Si le dernier recensement remonte à plusieurs années, il faut actualiser les données à l'aide du taux de croissance de la population (en moyenne sur la période). Il est possible en première approximation d'utiliser le taux de croissance national (TANP) si le taux de croissance au niveau local n'est pas disponible.</p> <p>La méthode de calcul pour déterminer l'effectif de la population (X) est la suivante:</p>

$$X_N = X_{N_0} (1 + \text{TANP})^{N - N_0}$$

Avec: X_N = Population en année N.

X_{N_0} = Population en année N_0 (année du recensement).

TANP = Taux de croissance de la population.

Exemple: population de la zone (recensement de 1991):
10 000
Taux de croissance de la population:
1 % / an
Population de la zone en 1999:
 $X = 10\,000 * (1 + 0,01)^8$
 $X = 10\,828,567$
 $X = 10\,829$ (arrondi)

2. *Densité (Y)*. C'est le rapport entre le nombre d'habitants de la zone d'intervention (X) et sa superficie en km² (Z). $Y = X/Z$ (en habitant par km²).

La densité de la population au niveau local est parfois difficile à déterminer faute de données. L'important ici est de disposer d'un ordre de grandeur.

3. *Revenu annuel moyen*. Il est parfois indiqué dans des études réalisées par des projets ou en phase de faisabilité du SA. Faute de données spécifiques à la zone, le salaire annuel moyen ou le salaire minimum fixé au niveau national donneront une base indicative.

Le public cible du SA:

4. *Effectif (P)*.
 - Pour les SA à base territoriale, le public cible correspond à la population de la zone d'intervention du SA (dans les limites géographiques) qui a la possibilité de bénéficier de ses services.

Exemple: un SA intervient au Mali, dans une région dont la population est estimée à 350 000 habitants en 1997. Au cours de cette même année, une partie seulement des villages de la région, dont la population est estimée à 150 000 habitants, a été contactée et a eu la possibilité d'accéder aux services du SA (soit comme adhérent, soit comme personne à charge). Dans ce cas, l'effectif de la population de la zone d'intervention est de 350 000 et celui du public cible pour l'année 1997 est de 150 000.

Si le SA n'avait proposé qu'une assurance maternité, seules les femmes susceptibles d'être enceintes parmi les 150 000 habitants auraient constitué le public cible.

- Pour les SA à base socioprofessionnelle, le public cible est constitué des individus appartenant à la catégorie socioprofessionnelle à laquelle s'adresse le SA. Les individus peuvent être répartis sur plusieurs zones. Si le SA ne restreint pas ses activités au niveau géographique, la zone d'intervention peut être une ou plusieurs localités ou régions, voire un pays.

Exemple: si le SA s'adresse aux pêcheurs, la population de la zone d'intervention est constituée des populations installées dans les régions côtières ou à proximité des fleuves et des rivières. Le public cible sera constitué des pêcheurs et de leur famille (si le SA permet la couverture des membres de la famille).

Si le SA est constitué au sein d'un syndicat et que tous les membres de ce syndicat et seulement eux peuvent adhérer, alors l'effectif du public cible est égal au nombre de membres du syndicat.

Selon les cas, l'effectif du public cible peut être déterminé à partir de celui de la population totale qui est donné généralement par le recensement de la population. Si le dernier recensement remonte à plusieurs années, il faut estimer la taille du public cible d'une manière similaire à celle utilisée pour estimer celle de la population de la zone d'intervention (voir ci-dessus).

5. *Taille en pour-cent de la population de la zone d'intervention.* Elle est égale au rapport entre l'effectif du public cible et celui de la population d'intervention de la zone, c'est-à-dire, pour l'année N: $P_N/X_N * 100$.
6. *Nombre moyen de membres par ménage.* Le ménage est composé des membres de la famille vivant dans un même lieu, partageant la même nourriture et utilisant les mêmes ressources pour les dépenses courantes. Il est habituellement composé de la mère, du père, des enfants et souvent d'autres personnes à charge. On indique dans cette ligne du tableau le nombre moyen de personnes membres du ménage.
7. *Revenu annuel moyen du public cible.* Il peut arriver que le public cible n'ait pas les mêmes revenus que la population de la zone d'intervention. Ce peut être notamment le cas pour les SA à base socioprofessionnelle. Il est utile (mais pas toujours possible) de connaître le revenu annuel moyen du public cible. Dans le cadre de l'évaluation, il faudra rechercher les données dans d'éventuelles enquêtes antérieurement réalisées auprès de ce public.

Tableau 4: Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.2.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.● Fiches d'adhésion et de cotisation.● Listes des bénéficiaires (ou des exclus).
Méthode de remplissage	<p>La fiche de suivi propose une synthèse du registre et des fiches d'adhésion. Elle permet de suivre, avec une fréquence donnée, l'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires. Elle comporte les rubriques suivantes (exemple d'un suivi mensuel):</p> <p><i>X1. Nouveaux adhérents.</i> Il s'agit des personnes qui entrent pour la première fois dans le SA et paient leur cotisation pour le mois concerné (ou se réinscrivent au SA après une période d'interruption).</p> <p><i>X2. Retraits d'adhérents.</i> Il s'agit des adhérents qui ne bénéficient plus des services du SA, en raison d'une rupture volontaire de leur affiliation ou d'une exclusion du SA (par exemple pour non-paiement prolongé des cotisations).</p> <p><i>X. Total des adhérents cotisants.</i> Il s'agit du nombre total des adhérents cotisants. Ce total est égal à: $X \text{ mois } j = X \text{ mois } j-1 + X1 - X2$.</p> <p><i>Y1. Nouveaux bénéficiaires.</i> Il s'agit du nombre de bénéficiaires (adhérents + personnes à charge) qui entrent durant le mois concerné (et à jour de leur cotisation).</p> <p><i>Y2. Retraits de bénéficiaires.</i> Il s'agit du nombre de bénéficiaires qui perdent le droit aux services du SA pendant le mois considéré.</p> <p><i>Y. Total des bénéficiaires.</i> Il s'agit du nombre total de bénéficiaires ayant droit aux services du SA. Ce total est égal à $Y \text{ mois } j = Y \text{ mois } j-1 + Y1 - Y2$.</p> <p><i>Z1, Z2, Z3. Bénéficiaires par type d'adhésion.</i> Il s'agit du nombre de bénéficiaires selon le type d'adhésion en vigueur dans le SA. Le remplissage de cette partie de la fiche est facultatif. Les données correspondantes ne sont pas reprises par la suite. Cette partie n'est utile que si le SA propose plusieurs types d'adhésion.</p> <p><i>Y/X. Taille moyenne des familles.</i> C'est le rapport entre le nombre total de bénéficiaires (Y) et le nombre total d'adhérents cotisants (X) pour le mois considéré. Ce ratio peut également être calculé pour les nouveaux bénéficiaires et pour ceux qui se retirent du SA.</p> <p><i>Moyenne annuelle (dernière colonne).</i> Pour interpréter les évolutions du nombre d'adhérents (et de bénéficiaires) d'une année sur l'autre, il est préférable pour les gestionnaires de se baser sur leur</p>

nombre moyen au cours de l'année. Dans les SA à période d'adhésion ouverte, il est fréquent de rencontrer des saisonnalités importantes dans les adhésions, ce qui fausserait l'interprétation si le dernier mois disponible était pris comme référence pour toute l'année.

Exemple

Le SA de Kalto, à période d'adhésion ouverte (inscription à n'importe quel moment de l'année) et sans période probatoire, a commencé ses activités en janvier de l'année N-2. La cotisation est annuelle et payable à l'inscription. La dernière année pour laquelle les données complètes d'un exercice sont disponibles est l'année N.

La fiche de suivi du nombre de bénéficiaires est présentée page suivante.

Tableau 4: Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires

		Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N-2												Moy. an.
				Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
																35
		Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N-1												Moy. an.
				Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
																20
																148
																224
		Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N												Moy. an.
				Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
																92
																116
																85
																238
																603
X1	Nouveaux adhérents	15	25	10	30	50	160	135	185	40	30	20	25	60	519	948
X2	Retraits d'adhérents	15	25	35	30	40	60	180	232	50	60	32	23	65	529	0
X	Total des adhérents cotisants (solde)	276	276	251	251	261	361	316	269	259	229	217	219	265		0
Y1	Nouveaux bénéficiaires	120	185	67	201	356	1 012	850	1160	325	215	145	158	400		6,41
Y2	Retraits de bénéficiaires	98	155	231	190	255	380	1 325	1520	360	340	205	155	435	529	
Y	Total des bénéficiaires (solde)	1 810	1 840	1 676	1 687	1 788	2 420	1 945	1 585	1 550	1 425	1 365	1 368	1 705	0	0
Bénéficiaires par type d'adhésion															6,42	
Z1	Adhésion volontaire	1 810	1 840	1 676	1 687	1 788	2 420	1945	1 585	1 550	1 425	1 365	1 368	1 705		
Z2	Adhésion automatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Z3	Adhésion obligatoire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Y/X	Taille moyenne des familles	6,56	6,67	6,68	6,72	6,85	6,70	6,16	5,89	5,99	6,22	6,29	6,32	6,43		

Tableau 5: Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Attestations de soins.● Factures des prestataires.● Registres des prestations prises en charge.
Méthode de remplissage	<p>Pour chaque prestataire avec qui le SA autorise la prise en charge des soins, les gestionnaires créent une fiche de base. Ces fiches sont construites par période (mois/trimestre/année).</p> <p>Chaque fiche de base reprend de façon agrégée les catégories de services de santé offerts par le SA durant la période considérée. Une catégorie de services comprend différents types de soins (voir tableau 12). Chaque fiche de base comprend les mêmes catégories, sur des périodes identiques, pour les rendre comparables. En revanche, tous les prestataires n'offrent pas forcément l'ensemble des services couverts par le SA.</p> <p>Le remplissage des fiches de base est effectué de la manière suivante:</p> <p><i>Colonne 1 – Nombre de prestations prises en charge.</i> On indique, pour chaque catégorie de soins, le nombre de prestations prises en charge par le SA sur la période. Une prestation est considérée comme prise en charge, lorsque le paiement du prestataire (ou le remboursement de l'adhérent) a été autorisé par le SA. Le fait que la prestation ait été effectivement payée n'est pas déterminant ici.</p> <p><i>Colonne 2 – Coût total des prestations prises en charge.</i> On indique, pour chaque catégorie de soins, le coût total des prestations prises en charge par le SA sur la période considérée.</p>
Exemple	<p>Dans cet exemple, les catégories de services de santé couverts par le SA de Kalto sont:</p> <ul style="list-style-type: none">● Catégorie 1: les soins ambulatoires aigus.● Catégorie 2: les médicaments.● Catégorie 3: les interventions chirurgicales non programmées.● Catégorie 4: les interventions gynéco-obstétricales.● Catégorie 5: les hospitalisations médicalisées non programmées.● Catégorie 6: les hospitalisations programmées.● Catégorie 7: les spécialités.

Le SA de Kalto travaille avec deux prestataires de soins, le centre de santé X et l'hôpital Y. L'hôpital fournit l'ensemble des services couverts par le SA. Le centre de santé ne preste que certains services des catégories 1, 2 et 4.

Le SA de Kalto a commencé ses activités en janvier de l'année N-2.

Les gestionnaires construisent une fiche de suivi par année en réalisant un suivi mensuel par prestataire. Les fiches de base ci-dessous reprennent les informations pour l'exercice N.

Tableau 5: Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire

Fiche de base des prestations prises en charge au niveau du centre de santé X

Services couverts		Année N-2												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
Services couverts		Année N-1												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
Services couverts		Année N												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
1	Soins ambulatoires	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	10
2	Médicaments	5	1	1	1	9	2	6	1	1	4	1	8	40
3	Interventions chirurgicales non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	2	2	0	1	2	7	3	1	0	1	1	20
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total		6	5	4	1	10	5	14	5	3	5	2	10	70
Coût des prestations														
1	Soins ambulatoires	4 000	8 000	3 500	0	0	4 500	3 000	3 000	6 000	4 000	0	4 000	40 000
2	Médicaments	6 000	1 000	2 500	1 000	13 000	2 500	6 500	1 000	1 000	2 500	1 000	10 000	48 000
3	Interventions chirurgicales non programmées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	6 500	7 500	0	3 500	9 500	35 000	25 000	3 500	0	4 500	5 000	100 000
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total		10 000	15 500	13 500	1 000	16 500	16 500	44 500	29 000	10 500	6 500	5 500	19 000	188 000

Services couverts		Année N-1												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
Services couverts		Année N												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
1	Soins ambulatoires	2	1	0	0	2	1	2	0	0	1	1	2	12
2	Médicaments	15	10	5	7	3	10	15	20	2	5	13	10	115
3	Interventions chirurgicales non programmées	2	5	1	1	3	2	1	5	2	1	1	1	25
4	Interventions gynéco-obstétricales	1	5	0	1	2	5	6	3	5	2	2	3	35
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	5	5	2	2	3	10	5	6	3	2	3	4	50
6	Hospitalisations programmées	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		25	27	8	11	13	28	29	34	13	11	20	20	239
Coût des prestations														
1	Soins ambulatoires	8 000	3 500	0	0	7 500	4 000	8 500	0	0	8 000	3 500	7 000	50 000
2	Médicaments	30 000	17 000	8 000	9 000	8 000	25 000	35 000	45 000	4 500	10 500	10 000	18 000	220 000
3	Interventions chirurgicales non programmées	18 000	53 000	9 000	8 500	30 500	20 000	7 000	55 000	17 000	10 000	12 000	10 000	250 000
4	Interventions gynéco-obstétricales	5 000	32 000	0	5 000	12 000	30 000	36 000	16 000	35 000	14 000	13 000	17 000	215 000
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	90 000	85 000	35 000	30 000	56 000	170 000	71 000	98 000	55 000	35 000	50 000	75 000	850 000
6	Hospitalisations programmées	0	14 000	0	0	0	0	0	0	16 000	0	0	0	30 000
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		151 000	204 500	52 000	52 500	114 000	249 000	157 500	214 000	127 500	77 500	88 500	127 000	1 615 000

Tableau 6: **Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations**

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
Méthode de remplissage	<p><i>Colonne 1 – Prestations prises en charge en nombre.</i> On additionne, pour chaque catégorie de soins, le nombre de prestations prises en charge par le SA sur la période considérée pour l'ensemble des prestataires.</p> <p><i>Colonne 2 – Prestations prises en charge (en pour-cent du total).</i> Il s'agit pour chaque catégorie de soins de mesurer son importance relative en nombre à savoir:</p> $\left(\frac{\text{Nombre de prestations par catégorie}}{\text{Nombre total de prestations}} \right) \times 100$ <p><i>Colonne 3 – Coût total des prestations prises en charge.</i> On additionne, pour chaque catégorie de soins, le coût des prestations prises en charge par le SA sur la période considérée pour l'ensemble des prestataires.</p> <p><i>Colonne 4 – Coûts des prestations prises en charge (en pour-cent du total).</i> Il s'agit de mesurer l'importance relative du coût de chaque catégorie de soins pris en charge par le SA:</p> $\left(\frac{\text{Coût total par catégorie}}{\text{Coût total des prestations}} \right) \times 100$
Exemple	Sur la base du tableau 5 précédent, les gestionnaires et évaluateurs du SA de Kalto ont établi la fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations suivantes pour l'année N:

Tableau 6: Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge

Catégorie de services couverts Année N-2	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins d				
Médica				
Interve non pr				
Interve				
Hospit non pr				
Hospit				
Spécia				
Total				

Catégorie de services couverts Année N-1	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins d				
Médica				
Interve non pr				
Interve				
Hospit non pr				
Hospit				
Spécia				
Total				

Catégorie de services couverts Année N	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins ambulatoires aigus	22	7,1%	90 000	5,0%
Médicaments	155	50,2%	268 000	14,9%
Interventions chirurgicales non programmées	25	8,1%	250 000	13,8%
Interventions gynéco-obstétricales	55	17,8%	315 000	17,5%
Hospitalisations médicalisées non programmées	50	16,2%	850 000	47,1%
Hospitalisations programmées	2	0,6%	30 000	1,7%
Spécialités	0	0%	0	0%
Total	309	100%	1 803 000	100%

Note d'analyse: avec 50,2 pour-cent du total, les prescriptions de médicaments constituent les prestations les plus nombreuses. Elles ne représentent que 14,9 pour-cent du coût total des prestations prises en charge par le SA. En revanche, les prestations les plus coûteuses pour la mutuelle sont les hospitalisations non programmées, qui représentent 47,1 pour-cent du coût total des prestations et seulement 16,2 pour-cent de leur nombre.

Tableau 7: **Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge**

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
Méthode de remplissage	<p>Le mode de remplissage du tableau est le même que pour le tableau 5. Le calcul des coûts moyens s'effectue pour chaque catégorie de services et pour chaque prestataire en utilisant la formule suivante:</p> <p><i>Coût total de la catégorie / Nombre de prestations de la catégorie</i></p>
Exemple	<p>Les coûts moyens des prestations prises en charge au cours des trois dernières années (N, N-1 et N-2), du SA de Kalto, sont calculés à partir du tableau 5 et présentés sur trois fiches séparées.</p> <p>Il faut noter que le coût moyen (colonne «annuel») pour le total des prestations de l'année n'est pas égal à la moyenne des coûts moyens mensuels. Le coût moyen annuel, pour une catégorie de soins donnée, est égal au total sur l'année du coût des soins divisé par le nombre total de prestations sur l'année.</p>

Tableau 7: Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge

Services couverts	Coûts moyens - Année N														Jan	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Annuel		
	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Annuel																
Centre de santé X															00	560													
1	Soins ambulatoires	4 000	4 000	3 500	0	0	4 500	3 000	3 000	6 000	4 000	0	4 000	4 000	51	—													
2	Médicaments	1 200	1 000	2 500	1 000	1 444	1 250	1 083	1 000	1 000	625	1 000	1 250	1 200	—	330													
3	Interventions chirurgicales non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—													
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	3 250	3 750	0	3 500	4 750	5 000	8 333	3 500	0	4 500	5 000	5 000	—	—													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—													
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	757													
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55	—													
	Ensemble des prestations	1 667	3 100	3 375	1 000	1 650	3 300	3 179	5 800	3 500	1 300	2 750	1 900	2 686															
Hôpital Y															00	—													
1	Soins ambulatoires	4 000	3 500	0	0	3 750	4 000	4 250	0	0	8 000	3 500	3 500	4 167	50	—													
2	Médicaments	2 000	1 700	1 600	1 286	2 667	2 500	2 333	2 250	2 250	2 100	769	1 800	1 913	43	—													
3	Interventions chirurgicales non programmées	9 000	10 600	9 000	8 500	10 167	10 000	7 000	11 000	8 500	10 000	12 000	10 000	10 000	00	—													
4	Interventions gynéco-obstétricales	5 000	6 400	0	5 000	6 000	6 000	6 000	5 333	7 000	7 000	6 500	5 667	6 143	50	—													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	18 000	17 000	17 500	15 000	18 667	17 000	14 200	16 333	18 333	17 500	16 667	18 750	17 000	00	—													
6	Hospitalisations programmées	0	14 000	0	0	0	0	0	0	16 000	0	0	0	15 000	00	—													
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	—													
	Ensemble des prestations	6 040	7 574	6 500	4 773	8 769	8 893	5 431	6 294	9 808	7 045	4 425	6 350	6 757		67													
Total des prestataires															81	560													
1	Soins ambulatoires	4 000	3 833	3 500	0	3 750	4 250	3 833	3 000	6 000	6 000	3 500	3 667	4 091	57	—													
2	Médicaments	1 800	1 636	1 750	1 250	1 750	2 292	1 976	2 190	1 833	1 444	786	1 556	1 729	43	330													
3	Interventions chirurgicales non programmées	9 000	10 600	9 000	8 500	10 167	10 000	7 000	11 000	8 500	10 000	12 000	10 000	10 000	62	—													
4	Interventions gynéco-obstétricales	5 000	5 500	3 750	5 000	5 167	5 643	5 462	6 833	6 417	7 000	5 833	5 500	5 727	50	—													
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	18 000	17 000	17 500	15 000	18 667	17 000	14 200	16 333	18 333	17 500	1 667	18 750	17 000	00	—													
6	Hospitalisations programmées	0	14 000	0	0	0	0	0	0	16 000	0	0	0	15 000	00	757													
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	—													
	Ensemble des prestations	5 194	6 875	5 458	4 458	5 674	8 045	4 698	6 231	8 625	5 250	4 273	4 867	5 835															

Tableau 8: **Fiche de suivi des fréquences de risques**

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).● Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
Méthode de remplissage	<p>Le calcul des fréquences de risques (ou d'utilisation des services de santé) s'effectue pour chaque catégorie de services et pour chaque prestataire pour la période considérée en utilisant la formule suivante (en pour-cent):</p> $\frac{\text{Consommation en nombre de prestations de la catégorie}}{\text{Nombre de bénéficiaires ayant droit aux prestations (en moyenne)}}$ <p>Dans le cadre du calcul des fréquences de risques, une remarque importante s'impose: certains SA offrent des contrats (ensemble de garanties) différents; par conséquent, leurs bénéficiaires n'auront pas tous accès aux mêmes types de garanties. Dans ce cas, pour calculer les fréquences de risques, il convient de distinguer les consommations (tableau 5) et les bénéficiaires (tableau 4) par type de contrat et construire différentes fiches de suivi des fréquences de risques suivant le type de contrat en vigueur.</p>
Exemple	Sur la base des tableaux 4 et 5, les fréquences d'utilisation des années N, N-1 et N-2, résultant des prises en charge du SA de Kalto, sont les suivantes:

Tableau 8: Fiche de suivi des fréquences de risques

	Services couverts	Fréquences de risques - Année N												Annuelle	Annuelle	
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc			Annuelle
Centre de santé X															0,85	5,27
1	Soins ambulatoires	0,06	0,11	0,06	0	0	0,04	0,05	0,06	0,06	0,07	0	0,07	0,59	2,55	—
2	Médicaments	0,28	0,05	0,06	0,06	0,50	0,08	0,31	0,06	0,06	0,28	0,07	0,58	2,35	—	1,27
3	Interventions chirurgicales non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,11	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	0,11	0,12	0	0,06	0,08	0,36	0,19	0,06	0	0,07	0,07	1,17	—	—
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,81
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,51	—
	Ensemble des prestations	0,33	0,27	0,24	0,06	0,56	0,21	0,72	0,32	0,19	0,35	0,15	0,73	4,11	—	—
Hôpital Y															0,52	—
1	Soins ambulatoires	0,11	0,05	0	0	0,11	0,04	0,10	0	0	0,07	0,07	0,15	0,70	5,23	—
2	Médicaments	0,83	0,54	0,30	0,41	0,17	0,41	0,77	1,26	0,13	0,35	0,95	0,73	6,75	0,92	—
3	Interventions chirurgicales non programmées	0,11	0,27	0,06	0,06	0,17	0,08	0,05	0,32	0,13	0,07	0,07	0,07	1,47	0,96	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0,06	0,27	0	0,06	0,11	0,21	0,31	0,19	0,32	0,14	0,15	0,22	2,05	2,62	—
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	0,28	0,27	0,12	0,12	0,17	0,41	0,26	0,38	0,19	0,14	0,22	0,29	2,93	0,13	—
6	Hospitalisations programmées	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0,06	0	0	0	0,12	0,13	—
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,51	—
	Ensemble des prestations	1,38	1,47	0,48	0,65	0,73	1,16	1,49	2,15	0,84	0,77	1,47	1,46	14,02	—	1,27
Total des prestataires															0,37	5,27
1	Soins ambulatoires	0,17	0,16	0,06	0	0,11	0,08	0,15	0,06	0,06	0,14	0,07	0,22	1,29	7,78	—
2	Médicaments	1,10	0,60	0,36	0,47	0,67	0,50	1,08	1,32	0,19	0,63	1,03	1,32	9,09	0,92	1,27
3	Interventions chirurgicales non programmées	0,11	0,27	0,06	0,06	0,17	0,08	0,05	0,32	0,13	0,07	0,07	0,07	1,47	3,07	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0,06	0,38	0,12	0,06	0,17	0,29	0,67	0,38	0,39	0,14	0,22	0,29	3,23	2,62	—
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	0,28	0,27	0,12	0,12	0,17	0,41	0,26	0,38	0,19	0,14	0,22	0,29	2,93	0,13	—
6	Hospitalisations programmées	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0,06	0	0	0	0,12	0,13	7,81
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02	—
	Ensemble des prestations	1,71	1,74	0,72	0,71	1,29	1,36	2,21	2,46	1,03	1,12	1,61	2,19	18,12	—	—

Tableau 9: **Fiche de suivi budgétaire**

Référence Tome 1 – partie II, section 2.1.

Sources d'information

- Pièces justificatives.
- Journal de caisse.
- Relevés de banque.
- Journal.
- Grand livre.
- Budget.

Méthode de remplissage La 2^e colonne du tableau correspond aux prévisions budgétaires pour l'année, réparties selon les différentes rubriques. Le budget a été décomposé par trimestre dans les colonnes suivantes.

Pour chaque trimestre, on indique dans la 1^{re} colonne «Prévu» le total des recettes et des dépenses prévues sur la période. Dans la colonne «Réalisé», on indique les recettes et les dépenses constatées durant le trimestre, en se référant aux documents comptables. L'écart entre les montants prévus et réalisés est indiqué respectivement en valeur et en pourcentage dans les 3^e et 4^e colonnes du trimestre. L'écart en pourcentage est égal au rapport entre l'écart en valeur et le montant prévu.

Tableau 10: **Fiche de suivi du plan de trésorerie**

Référence Tome 1 – partie II, section 2.2.

**Sources
d'information**

- Pièces justificatives.
- Journal de caisse.
- Relevés de banque.
- Journal.
- Grand livre.
- Plan de trésorerie.

**Méthode
de remplissage** La fiche de suivi du plan de trésorerie comporte des rubriques similaires à celles du suivi budgétaire mais elle ne concerne que les flux de trésorerie. Elle est remplie selon le même principe.

Tableau 11: Liste des outils de gestion et de suivi

Référence	Tome 1 – partie II, section 3.
Sources d'information	Système d'information du SA.
Méthode de remplissage	<p>Les SA utilisent des méthodes et outils de gestion et de suivi variés. La liste proposée dans le tableau n'est en conséquence pas exhaustive et d'autres outils peuvent y être ajoutés. L'important est de vérifier que les outils utilisés dans le SA sont suffisants pour assurer un suivi et une gestion efficaces.</p> <p>La 2^e colonne du tableau permet d'indiquer quels sont les outils utilisés par le SA.</p> <p>La 3^e colonne est réservée à l'appréciation de la manière dont ces outils sont utilisés. Les éléments suivants peuvent être décrits:</p> <ul style="list-style-type: none">● <i>la fréquence de mise à jour des informations;</i>● <i>la qualité et l'exactitude des écritures</i> (corrections, ratures, présence d'erreurs/omissions, etc.);● <i>l'utilisation effective des outils pour la production d'informations de synthèse</i> (états financiers, suivi des fréquences de risques, suivi des coûts moyens, etc.).

Tableau 12: Référentiel des services couverts par un SA

Référence	Tome 1 – partie III, section 2.2.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Contrats d'assurance.● Statuts et règlement intérieur.● Entretiens avec les gestionnaires et les responsables du SA.
Méthode de remplissage	<p>La 1^{re} colonne du tableau constitue un référentiel des services les plus couramment offerts par les SA (voir tableau complet ci-dessous). Les évaluateurs ne devront sélectionner parmi ce référentiel que les services couverts par le SA évalué (ou créer de nouvelles catégories). Si certains services font l'objet de conditions de couverture particulières, il convient de les mentionner.</p> <p>Les nombres portés dans la 2^e colonne «<i>Exposition aux risques liés à l'assurance</i>» indiquent le degré d'exposition au risque de sélection adverse et/ou de surconsommation de chaque type de service couvert. Ces nombres (1, 2 ou 3) correspondent aux catégories décrites sous le paramètre b1 du tome 1 (partie III, section 2.1.2). Les évaluateurs devront apprécier parmi les services offerts par le SA ceux qui sont par nature soumis au risque de sélection adverse et à la surconsommation.</p> <p>Les évaluateurs devront ensuite remplir les colonnes 3 à 11 en fonction des mesures prises par le SA pour limiter les risques liés à l'assurance.</p> <p>Dans la 3^e colonne «<i>Période probatoire</i>», il faut indiquer la durée de cette période. Fréquemment, la période probatoire est commune à tous les services offerts. Toutefois, un SA peut n'appliquer une période probatoire qu'à une partie des services couverts et/ou attribuer une période d'une durée spécifique à certains d'entre eux (pour l'accouchement par exemple).</p> <p>Dans les 4^e, 5^e et 6^e colonnes (<i>franchise, ticket modérateur et plafonnement</i>), il s'agit de mentionner l'existence éventuelle, pour la prestation considérée, d'un copaiement – variable éventuellement d'une prestation à l'autre – qui peut prendre les formes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none">● <i>franchise</i>. Il faut alors inscrire le montant de celle-ci dans la 4^e colonne.● <i>ticket modérateur</i>. Le pourcentage correspondant doit être inscrit dans la 5^e colonne.● <i>plafonnement des prises en charge</i>. Le montant de ce plafonnement sera inscrit dans la 6^e colonne. <p>Dans la 7^e colonne «<i>Entente préalable</i>», il s'agit d'inscrire pour chaque service offert, si le SA applique un mécanisme d'entente</p>

préalable. Certains services ne sont en principe pas concernés (les hospitalisations non programmées par exemple).

Dans la 8^e colonne «Référence obligatoire», il s'agit d'indiquer pour chaque service, si le SA applique un mécanisme de référence obligatoire, c'est-à-dire si le bénéficiaire avant d'avoir recours à un prestataire d'un échelon donné doit consulter un prestataire d'un échelon inférieur.

Dans la 9^e colonne «Mécanisme de paiement», il s'agit d'indiquer le mécanisme de paiement utilisé par le SA. Si pour des prestations identiques, des modes de paiement différents sont utilisés selon les prestataires, il convient de le mentionner.

Dans la 10^e colonne «Rationalisation des prestations», il s'agit de mentionner si les soins fournis font l'objet d'un protocole thérapeutique ou d'une convention entre le SA et les prestataires, ou si le traitement varie en fonction du thérapeute ou d'autres facteurs.

Dans la 11^e colonne «Sélection des prestataires», il s'agit d'inscrire pour chaque prestation, si des prestataires ont été sélectionnés, ou si le bénéficiaire est libre de choisir le prestataire de soins.

Ce travail peut paraître fastidieux. La pratique montre que pour beaucoup de SA, le tableau sera assez facile à remplir. En effet, les modalités et les conditions de prise en charge sont souvent les mêmes ou diffèrent peu d'un service à l'autre.

Le remplissage du tableau est nécessaire à une analyse qualitative du portefeuille de risques. En outre, le tableau servira directement au calcul de l'indicateur G.2.

Exemple

Un SA fonctionne de la manière suivante:

- *Au niveau des services offerts*, le SA couvre tous les services repris dans le tableau ci-dessous.
- *Au niveau des conditions d'adhésion*, le SA:
 - ✓ permet l'adhésion à n'importe quel moment de l'année (SA à période d'adhésion ouverte);
 - ✓ impose une période probatoire uniquement pour les interventions gynéco-obstétricales.
- *Au niveau de la gestion des garanties*, le SA:
 - ✓ a mis en place un ticket modérateur de 20 pour-cent pour l'ensemble des prestations;
 - ✓ ne permet le recours aux hospitalisations programmées que dans le cas d'une entente préalable;
 - ✓ paie les prestataires autorisés par cas de maladie;

- ✓ a conclu une convention avec deux prestataires de soins, le centre de santé X et l'hôpital Y, et ne couvre les dépenses que pour les soins offerts par eux.

Pour ce SA, le tableau 12 se présente de la manière suivante:

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Soins ambulatoires aigus										
Actes										
Consultations curatives	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins infirmiers	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Petite chirurgie	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Examens										
Laboratoire	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Radiologie	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Consultations préventives										
Actes										
Consultations prénatales	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins maternels et infantiles	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Vaccinations	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins ambulatoires chroniques										
Actes										
Tuberculose	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Lèpre	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
HIV / SIDA	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Interventions chirurgicales non programmées										
Actes										
Traitement des hernies étranglées	1			20%				Par cas	Oui	Oui
Appendicectomie	1			20 %				Par cas	Oui	Oui

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Autres occlusions intestinales	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Réduction de fractures	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Interventions gynéco-obstétricales										
Actes										
Accouchement non compliqué	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Césarienne	1	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Accouchement dystocique: pose de forceps, de ventouses, etc.	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Curetage post-partum ou après avortement spontané ou provoqué	1	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	1	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Hospitalisations médicalisées non programmées										
Actes										
Traitement des complications des maladies les plus courantes	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Paludisme (sous hospitalisation)	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Infections respiratoires aiguës	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Diarrhée avec déshydratation	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Service de réanimation	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas		
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas		
Hospitalisations programmées										
Actes										
Maladie chronique	3			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Cure de hernie simple	3			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Ablation d'un goitre	3			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Hystérectomie ou ablation d'un fibrome	2			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Transport / évacuation										
Tous	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Spécialités										
Actes										
Ophthalmologie	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Cataracte	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Lunetterie	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Extraction dentaire	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins dentaires	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Appareillage	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui

Note d'analyse: les cases grisées non remplies signalent les prestations dont les modalités de couverture tiennent insuffisamment compte des risques liés à l'assurance. Les mesures de limitation de ces risques qui font défaut dans l'exemple considéré, ont trait en particulier:

- à la période probatoire (à l'exception des interventions gynéco-obstétricales) qui permet de limiter le risque de sélection adverse. L'absence de période probatoire peut attirer des personnes vers le SA uniquement au moment où elles tombent malades ce qui peut entraîner un déséquilibre financier pour le système;
- au plafonnement, qui doit permettre de contrôler les coûts, par exemple, ceux des hospitalisations lesquels peuvent être très élevés et provoquer un déséquilibre financier;
- à la référence obligatoire, qui est un moyen de réduire les coûts. Les bénéficiaires seront tentés de s'adresser, par exemple, directement aux spécialistes (plus coûteux) avant de consulter un médecin généraliste.

Tableaux 15 et 15 bis: Tableaux de rôle théorique et tableau de rôle réel

Référence

Tome 1 – partie IV, section 1.1.2.

Sources d'information

- Statuts.
- Règlement intérieur.
- Manuel des fonctions.
- Procès-verbaux des AG.
- Autres textes régissant le fonctionnement du SA.
- Entretiens avec les gestionnaires, responsables et bénéficiaires du SA.
- Outils de gestion.

Méthode de remplissage

Le tableau de rôle est rempli en deux exemplaires. Le format des deux tableaux est identique (mêmes fonctions / mêmes questions posées). Seule l'origine des données utilisées pour les remplir diffère.

- **Tableau 15: tableau de rôle théorique.** Il sert à identifier les organes et les acteurs «théoriquement» chargés du fonctionnement du SA selon la répartition des rôles définie dans les textes du SA.
- **Tableau 15bis: tableau de rôle réel.** Il sert à identifier les organes et les acteurs qui réalisent effectivement les différentes opérations dans la pratique au moment de l'évaluation. Pour remplir le tableau de rôle réel, il faut poser les questions contenues dans le tableau aux différents acteurs et vérifier la cohérence des informations recueillies (procès-verbaux, signatures, etc.).

Pour chaque tableau, le remplissage est effectué en deux étapes:

Première étape: l'identification des organes et acteurs

Il convient d'identifier tous les organes et tous les acteurs impliqués dans la gestion et l'administration du SA.

En principe chaque fonction, correspondant à une question dans le tableau, est assurée par un seul organe. En revanche, plusieurs acteurs au sein de chaque organe (cellule de la colonne «acteurs au sein de l'organe») peuvent intervenir. Il est conseillé de coder par une abréviation le nom de chaque acteur identifié. Les évaluateurs peuvent subdiviser la colonne «organes» en colonnes correspondant à chaque organe identifié (CA, bureau exécutif, etc.) et faire de même pour la colonne «acteurs». Cette formule n'est utilisable que si le nombre d'acteurs ou d'organes est réduit (en raison du nombre de colonnes); le tableau se remplit, dans ce

cas, en portant une croix chaque fois qu'un organe ou acteur (colonne) est impliqué dans une fonction (ligne).

Différentes catégories d'organes et d'acteurs ont été préidentifiés (voir tome 1, partie IV, section 1.1.1).

Deuxième étape: le remplissage des cases

Les principales fonctions exercées au sein d'un SA sont indiquées sous forme de questions dans le tableau (*colonne 1*). Une fonction peut être assurée par plusieurs acteurs internes et externes.

Les fonctions ont été classées selon qu'il s'agisse de:

- *fonctions décisionnelles;*
- *fonctions exécutives;*
- *fonctions de contrôle.*

Pour chaque fonction, il convient d'indiquer dans la colonne correspondante, l'organe impliqué et les acteurs responsables.

Si les textes ne déterminent pas une fonction donnée ou que la fonction n'existe pas dans le SA en présence, la ligne reste en blanc.

Si les textes sont imprécis ou ambigus, des points d'interrogation seront inscrits avec le nom des acteurs qui paraissent concernés, en ajoutant un commentaire justifiant les points d'interrogation.

Tableau 16: Analyse d'une convention avec un prestataire de soins

Référence	Tome 1 – partie IV, section 3.3.
Sources d'information	Conventions avec les prestataires de soins.
Méthode de remplissage	<p>Le tableau n'est pertinent que dans le cas où le SA a formalisé ses relations avec les prestataires à l'aide d'une convention écrite.</p> <p>Les dispositions contractuelles les plus importantes qui figurent dans une convention avec un prestataire figurent dans le tableau. Les conventions utilisées par le SA peuvent avoir un contenu différent selon les prestataires. Dès lors, il convient d'utiliser un tableau séparé pour chaque groupe de conventions similaires.</p> <p>Dans la 2^e colonne du tableau, il faut indiquer «oui» si les différents éléments mentionnés dans la 1^{re} colonne sont considérés dans la convention et «non» dans le cas contraire. Ces éléments sont:</p> <ul style="list-style-type: none">● <i>La définition des services couverts.</i> En «commentaires», il est spécifié en particulier si les services sont précisément décrits.● <i>Les tarifs.</i> En «commentaires», on spécifie si les tarifs sont complets.● <i>Les modes de paiement du prestataire.</i> Quatre mécanismes sont fréquemment utilisés par les SA (voir tome 1, partie III, section 2.1.2):<ul style="list-style-type: none">✓ le paiement à l'acte;✓ le paiement par cas (ou par épisode de maladie);✓ la tarification par journée d'hospitalisation;✓ la capitation.● <i>Les délais de paiement.</i> En «commentaires», on spécifie les délais de paiement agréés.● <i>Les modalités d'application des copaiements.</i> Si le SA pratique des copaiements, on entend par modalités, le type de copaiement en vigueur, le type de prestations soumises au copaiement, le processus de modification des copaiements, etc.● <i>Les conditions de modification des tarifs des actes pris en charge.</i>● <i>Les procédures d'audit médical.</i>● <i>Les modalités d'application des protocoles thérapeutiques.</i>● <i>Les modalités de contrôle par le prestataire des droits des bénéficiaires.</i> Il s'agit en particulier de voir si la convention

décrit explicitement la forme de contrôle à réaliser par le prestataire (contrôle des cartes, contrôle sur la base d'une liste de bénéficiaires, etc.).

- *Les garanties offertes par le prestataire quant à la qualité des services.* Il s'agit de voir quels sont les engagements pris par le prestataire quant à la qualité des services et les modalités éventuelles de contrôle de cette qualité.
- *La durée de la convention et les clauses de résiliation.*
- *Les modalités de règlement des litiges.* Il s'agit de voir si la convention mentionne explicitement des dispositions concernant l'arbitrage en cas de litige par exemple, le recours aux autorités judiciaires ou à un tiers.

Tableau 17: Stades de progression vers la reconnaissance juridique

Référence	Tome 1 – partie IV, section 4.1 ³ .
Sources d'information	Inventaire des textes dont dispose l'organisation responsable (OR) ou éventuellement la tutelle.
Méthode de remplissage	<p>Il convient de vérifier:</p> <p><i>Stade 1:</i> s'il n'existe aucun texte régissant les activités de l'OR.</p> <p><i>Stade 2:</i> si l'OR dispose de statuts et d'un règlement intérieur. Dans le cas des mutuelles, il convient de vérifier que ces statuts et règlement intérieur ont été adoptés par les adhérents.</p> <p><i>Stade 3:</i> si l'OR a déposé ses statuts et règlement intérieur auprès des autorités compétentes. Il convient de consulter le récépissé de dépôt (ou de déclaration) de ces textes.</p> <p><i>Stade 4:</i> si l'OR dispose d'une personnalité juridique. Pour cela, elle doit avoir reçu des autorités compétentes les documents attestant de son enregistrement officiel et mentionnant le numéro d'ordre de celui-ci.</p> <p><i>Stade 5:</i> si l'OR dispose d'une personnalité juridique propre à l'assurance ou à la mutualité, deux conditions sont à réunir:</p> <ul style="list-style-type: none">● Une législation spécifique doit exister dans le pays (code de la mutualité ou de l'assurance par exemple).● La personnalité juridique de l'OR doit avoir été accordée officiellement en référence à la législation susmentionnée.

3 Le tableau présenté dans le tome 1, et auquel il est fait référence ici, correspond au cas où l'OR n'a que l'assurance comme activité. Dans le cas contraire, la multiplicité des possibilités quant à la création de statuts et structures séparés pour les différentes activités rendraient la présentation de ce tableau plus complexe.

Tableau 18: **Obligations statutaires et réglementaires**

Référence

Tome 1 – partie IV, section 4.2.

Sources d'information

- Statuts.
- Règlement intérieur.
- Textes législatifs régissant l'activité du SA.

Méthode de remplissage

Il convient d'indiquer dans:

- *la 2^e colonne*, la périodicité des obligations statutaires et réglementaires telle qu'elle est prévue par les textes du SA (*périodicité théorique*);
- *la 3^e colonne*, la fréquence réelle de réalisation des activités faisant l'objet d'obligations statutaires et réglementaires.

En comparant les deux colonnes, on pourra juger du respect des obligations statutaires et réglementaires. Les commentaires quant aux éventuels écarts seront inscrits dans *la 4^e colonne*.

Les différentes obligations considérées dans le tableau (lignes du tableau) doivent être ajustées et éventuellement complétées par les évaluateurs suivant les spécificités du SA.

Partie II:

**Calcul
des indicateurs**



Indicateurs d'évaluation de la viabilité administrative

T.1: Suivi des adhésions

Référence Tome 1, page 48/49.

Sources d'information

- Fiches d'adhésion et de cotisations.
- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Listes d'adhérents et/ou d'exclus.

Méthode de calcul

Indicateur T.1.1: outils de gestion et de suivi des adhésions

L'indicateur T.1.1 porte sur l'existence d'outils de gestion et de suivi des adhésions. Il apprécie si ces outils contiennent certains éléments d'information jugés essentiels pour un bon suivi des adhésions. Trois éléments d'information ont été retenus. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois qu'un de ces éléments est contenu dans les outils du SA (les informations ne sont pas forcément à jour). La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
1. Numéro et/ou nom de l'adhérent	$\frac{1}{3}$
2. Dates de début de prise en charge	$\frac{1}{3}$
3. Dates de fin de prise en charge	$\frac{1}{3}$
Total	1

S'il n'existe pas d'outils de gestion et de suivi des adhésions, ou si ces outils ne contiennent aucun des éléments d'information susmentionnés, le score de l'indicateur est 0.

Indicateur T.1.2: utilisation des outils de gestion et de suivi des adhésions

L'indicateur T.1.2 porte sur l'utilisation des différents outils de gestion et de suivi des adhésions dont dispose le SA. Ces outils doivent permettre la réalisation d'un certain nombre d'activités de suivi. Quatre d'entre-elles ont été retenues pour leur importance. On attribue $\frac{1}{4}$ de point à chaque activité réalisée. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Activités	Pondération
1. Calcul du nombre de bénéficiaires pris en charge	¼
2. Calcul du nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant	¼
3. Mise à jour de la liste des adhérents et des bénéficiaires	¼
4. Mise à jour périodique de la liste des adhérents en retard de cotisation, exclus temporairement ou définitivement du SA	¼
Total	1

Si aucune des activités n'est réalisée au moment de l'évaluation, le score de l'indicateur est 0.

L'indicateur T.1 est la moyenne arithmétique des indicateurs T.1.1 et T.1.2, c'est-à-dire:

$$T1 = \frac{T.1.1 + T.1.2}{2}$$

L'indicateur varie entre 0 et 100 pour-cent.

T.2: Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion

Référence Tome 1, page 49.

Sources d'information

- Fiches d'adhésion et de cotisations.
- Régistre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Listes d'adhérents et/ou d'exclus.

Méthode de calcul

L'indicateur T.2 porte sur l'existence des outils de suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion et sur le type d'information qu'ils contiennent. Pour le calcul de l'indicateur, il convient de distinguer les SA où le versement de la cotisation est unique de ceux où il est fractionné.

SA où la cotisation est versée en une seule fois:

Trois éléments d'information ont été sélectionnés pour leur importance en matière de suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois qu'un de ces éléments est contenu dans les outils du SA (les informations ne sont pas forcément à jour). La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
1. Montant des cotisations émises	$\frac{1}{3}$
2. Montant des droits d'adhésion perçus	$\frac{1}{3}$
3. Montant total perçu pour la période	$\frac{1}{3}$
Total	1

SA où la cotisation est versée de manière fractionnée:

Sept éléments d'information ont été sélectionnés en raison de leur importance pour un bon suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. Il est attribué $\frac{1}{7}$ de point à chaque fois que les outils de suivi du SA contiennent un de ces éléments (les informations ne sont pas forcément à jour). La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
1. Montant des cotisations émises	1/7
2. Montant des droits d'adhésion perçus	1/7
3. Montant total perçu pour la période	1/7
4. Montant des cotisations à encaisser à la date d'échéance	1/7
5. Montant des cotisations perçues au titre de l'exercice en cours	1/7
6. Montant des cotisations perçues au titre de l'exercice suivant	1/7
7. Nombre d'adhérents (et/ou de bénéficiaires) à jour dans le paiement de leur cotisation	1/7
Total	1

T.3: Contrôle des droits aux prestations

Référence Tome 1, page 50.

Sources d'information

- Système d'information du SA.
- Méthodes de gestion administrative du SA.
- Entretiens avec les gestionnaires et les prestataires de soins.

Méthode de calcul

L'indicateur T.3 mesure l'existence et l'application de procédures de contrôle des droits aux prestations au niveau des prestataires et du SA. Ces procédures varient en fonction des outils de contrôle utilisés dont les principaux sont: la carte d'adhérent, la lettre de garantie, l'attestation de soins et une liste des exclus des prestations du SA.

Le calcul de l'indicateur doit prendre en compte plusieurs possibilités:

- Le SA peut n'utiliser qu'un outil de contrôle, par exemple la carte d'adhérent.
- Le SA peut réaliser un contrôle multiple en utilisant plusieurs outils, par exemple la carte d'adhérent plus la lettre de garantie ou la carte d'adhérent plus l'attestation de soins et la liste d'exclus.

Pour chaque utilisation d'un outil lors d'une procédure de contrôle, un point est attribué conformément au tableau de scores ci-dessous.

Acteurs	Activités	Carte d'adhérent	Liste d'exclus	Lettre de garantie	Attestation de soins
SA	Actualisation des registres ou fiches d'adhésion	1	1	1	1
	Vérification de la validité de la carte			1	
	Contrôle de l'inscription du bénéficiaire sur la fiche d'adhésion			1	
	Mise à jour d'une liste d'exclus		1		
	Rapprochement fiches d'adhésion (ou liste d'exclus)/factures	1	1		

Acteurs	Activités	Carte d'adhérent	Liste d'exclus	Lettre de garantie	Attestation de soins
	Rapprochement lettres de garantie/factures			1	
	Rapprochement attestations/factures				1
Presta-taire	Vérification de la validité de la carte	1			1
	Contrôle de l'inscription du bénéficiaire sur la carte	1			1
	Référence à une liste d'exclus établie par le SA		1		
Total des scores par outil		4	4	4	4

Le score de chaque outil utilisé varie entre 0 et 4.

L'indicateur T.3, exprimé en pour-cent, est calculé par la formule suivante:

$$T.3 = \frac{\text{Somme des scores correspondant à chaque outil utilisé}}{4 \times \text{Nombre d'outils utilisés}} \times 100$$

Par exemple si deux outils sont utilisés et que chacun totalise un score de 2 points, la valeur de l'indicateur sera égale à:

$$T.3 = \frac{2 + 2}{4 \times 2} \times 100$$

Soit $T.3 = 50$ pour-cent.

En fait, plus que le score de l'indicateur, il sera important d'analyser les procédures pour déterminer si toutes les activités de contrôle apparaissant dans le tableau sont réalisées.

L'évaluateur devra vérifier lors de l'analyse de cet indicateur T.3 si les prestataires refusent la prise en charge des fraudeurs repérés et/ou si le SA sanctionne ces derniers (remboursement des soins pris en charge, retrait de carte, exclusion, etc.).

L'application de procédures de contrôle, aussi performantes qu'elles soient, sera sans effet si les bénéficiaires, voire les non-bénéficiaires, peuvent utiliser frauduleusement les services du SA sans crainte de sanctions.

T.4: Suivi des prises en charge

Référence Tome 1, page 50.

Sources d'information Système d'information du SA.

Méthode de calcul

Indicateur T.4.1: suivi par prestation et par prestataire

L'indicateur T.4.1 porte sur l'existence des outils de gestion et de suivi des prestations prises en charge et sur la qualité de l'information qu'ils contiennent. Cet indicateur est à mettre en relation avec le tableau 5.

L'indicateur T.4.1 s'applique dans le cas où un suivi par prestataire est réalisé. Le suivi par prestataire facilite l'analyse des dérapages éventuels des coûts des prestations.

Trois critères d'appréciation ont été retenus pour évaluer la qualité du suivi. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois que l'un de ces critères est satisfait. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Critères d'appréciation	Pondération
1. Les outils de suivi par prestataire contiennent le nombre de prestations prises en charge	$\frac{1}{3}$
2. Les outils de suivi par prestataire contiennent le coût des prestations prises en charge	$\frac{1}{3}$
3. Les outils de suivi sont mis à jour régulièrement (à jour au moment de l'évaluation)	$\frac{1}{3}$
Total	1

Indicateur T.4.2: système d'information sur les prestations prises en charge

L'indicateur T.4.2 est semblable à l'indicateur T.4.1. Il porte sur l'existence de données consolidées (tous prestataires réunis) relatives aux prestations prises en charge. Il est à mettre en relation avec le tableau 6.

Comme précédemment, trois critères d'appréciation ont été retenus pour évaluer la qualité du suivi. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois que l'un de ces critères est satisfait. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Critères d'appréciation	Pondération
1. Les outils de suivi contiennent le nombre total des prestations prises en charge par catégorie	1/3
2. Les outils de suivi contiennent le coût des prestations prises en charge par catégorie	1/3
3. Les outils de suivi sont mis à jour régulièrement (à jour au moment de l'évaluation)	1/3
Total	1

L'indicateur T.4 permet de juger de façon globale le suivi dans ce domaine. Il est égal à la moyenne arithmétique des indicateurs T.4.1 et T.4.2, c'est-à-dire:

$$T.4 = \frac{T.4.1 + T.4.2}{2}$$

L'indicateur varie entre 0 et 100 pour-cent.

T.5: Suivi du portefeuille de risques

Référence Tome 1, page 50.

Sources d'information Système d'information du SA.

Méthode de calcul L'indicateur T.5 permet d'apprécier si les gestionnaires disposent d'outils permettant la surveillance du portefeuille de risques. Il est calculé à partir de six critères d'analyse du suivi du nombre, du coût moyen et de la fréquence des prestations prises en charge. Il est à mettre en relation avec les tableaux 6, 7 et 8.

Il est attribué $\frac{1}{6}$ de point à chaque fois que l'un de ces critères est satisfait. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Critères	Pondération
Existence des outils de suivi	
1. Les outils permettent le suivi du coût moyen des prestations (par catégorie et/ou prestations)	$\frac{1}{6}$
2. Les outils permettent le suivi des fréquences de risques (par catégorie et/ou prestations)	$\frac{1}{6}$
Tenue des outils de suivi	
3. Les outils de suivi des coûts moyens sont actualisés annuellement	$\frac{1}{6}$
4. Les outils de suivi des coûts moyens sont actualisés trimestriellement	$\frac{1}{6}$
5. Les outils de suivi des fréquences de risques sont actualisés annuellement	$\frac{1}{6}$
6. Les outils de suivi des fréquences de risques sont actualisés trimestriellement	$\frac{1}{6}$
Total	1

T.6: Suivi de l'enregistrement comptable

Référence Tome 1, page 51.

Sources d'information

- Documents et outils comptables.
- Procédures de gestion comptable.

Méthode de calcul L'indicateur T.6 mesure l'existence et la qualité du suivi de l'enregistrement comptable, en supposant qu'une comptabilité existe. Il ne s'agit pas d'apprécier la gestion comptable mais les procédures de suivi appliquées.

Six activités ont été sélectionnées. Il est attribué $\frac{1}{6}$ de point pour chaque activité réalisée. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Activité	Pondération
1. Collecte des pièces comptables	$\frac{1}{6}$
2. Archivage des pièces comptables	$\frac{1}{6}$
3. Vérification périodique des écritures et des soldes comptables (par exemple par la balance)	$\frac{1}{6}$
4. Contrôle de la caisse et rapprochement bancaire effectués mensuellement	$\frac{1}{6}$
5. Contrôle du CdR annuel	$\frac{1}{6}$
6. Contrôle du bilan annuel	$\frac{1}{6}$
Total	1

T.7: Suivi financier

Référence Tome 1, page 51.

Sources d'information

- Outils de gestion financière.
- Procédures de gestion financière.

Méthode de calcul L'indicateur T.7 porte sur l'existence et la qualité du suivi du budget et de la trésorerie.

Cinq activités de suivi ont été sélectionnées. On attribue $\frac{1}{5}$ de point par activité réalisée. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Activité	Pondération
1. Construction du budget en début d'exercice	$\frac{1}{5}$
2. Suivi budgétaire effectué au moins deux fois par an	$\frac{1}{5}$
3. Construction du plan de trésorerie, pour une durée d'un an ou moins, en début d'exercice	$\frac{1}{5}$
4. Suivi de la trésorerie au moins une fois par trimestre	$\frac{1}{5}$
5. Suivi du taux de recouvrement (M.6) au moins une fois par trimestre	$\frac{1}{5}$
Total	1

T.8: Qualité globale du suivi

Référence Tome 1, page 52.

Sources d'information Indicateurs T.1 à T.7.

Méthode de calcul Cet indicateur donne une appréciation de la qualité globale du suivi du SA à partir des indicateurs de suivi présentés précédemment.

Les scores des différents indicateurs de suivi sont portés dans le tableau ci-après:

N°	Indicateurs de bonne gestion	Score obtenu	Score optimal	Ecart
T.1	Suivi des adhésions		1	
T.2	Suivi du recouvrement des cotisations		1	
T.3	Contrôle des droits aux prestations		1	
T.4	Suivi des prises en charge		1	
T.5	Suivi du portefeuille de risques		1	
T.6	Suivi comptable		1	
T.7	Suivi financier		1	
	Score total		7	

L'indicateur est égal à la moyenne arithmétique des autres indicateurs de suivi:

$$T.8 = \frac{\text{Score total obtenu}}{7} \times 100$$



Indicateurs d'évaluation de la viabilité technique

G.1: Modalités d'adhésion

Référence Tome 1, page 60.

Sources d'information

- Statuts.
- Règlement intérieur.
- Règlement d'adhésion (ou autres textes réglementaires).

Méthode de calcul Sur base du tableau suivant, on évalue le risque de sélection adverse auquel le SA est confronté en se référant aux modalités d'adhésion qu'il utilise.

Adhésion	Volontaire	Obligatoire	Automatique
Par individu	3	0	0
Par famille	2	0	0
Par groupe d'individus	1	0	0

- 0 = pas de sélection adverse.
- 1 = risque de sélection adverse faible.
- 2 = risque de sélection adverse moyen.
- 3 = risque de sélection adverse fort.

Si l'adhésion est obligatoire ou automatique (pour un groupe socioprofessionnel ou une population d'une communauté donnée), on considère que le risque de sélection adverse est nul. En revanche, dans les systèmes à adhésion volontaire, plus la base d'adhésion est réduite plus le risque de sélection adverse pour le SA est élevé.

Si différentes modalités d'adhésion existent, il convient de pondérer les différents scores par le pourcentage de bénéficiaires appartenant à chacune des catégories proposées (voir tableau 4). L'indicateur se construit alors de la manière suivante:

Catégorie	Volontaire	Obligatoire	Automatique
Par individu	$A \times 3$ points	0	0
Par famille	$B \times 2$ points	0	0
Par groupe d'individus	$C \times 1$ points	0	0
Score	Somme arithmétique des points		

- A = proportion de bénéficiaires à adhésion volontaire par individu.
- B = proportion de bénéficiaires à adhésion volontaire par famille.
- C = proportion de bénéficiaires à adhésion volontaire par groupe.

Exemple:

Un SA compte 500 bénéficiaires dont:

- 250 à adhésion volontaire par individu;
- 250 à adhésion volontaire par famille.

Calcul des proportions de bénéficiaires:

$$A = 250/500 = 0,5$$

$$B = 250/500 = 0,5$$

Catégorie	Volontaire	Automatique	Obligatoire
Par individu	$0,5 \times 3$ points = 1,5	0	0
Par famille	$0,5 \times 2$ points = 1,0	0	0
Par groupe d'individus	0	0	0
Score	$G.1 = 1,5 + 1,0 = 2,5$		

Plus l'indicateur G.1 approche de 0 moins le SA est soumis au risque de sélection adverse au regard des modalités d'adhésion qu'il pratique. Plus G1 s'approche de 3 plus il est exposé à ce risque. Dans l'exemple présenté, la valeur de l'indicateur étant de 2,5, l'exposition au risque est forte.

G.2: Qualité du portefeuille de risques

Référence

Tome 1, page 62.

Sources d'information

- Contrats d'assurance.
- Règlement intérieur (ou textes réglementaires du SA).
- Entretiens avec les gestionnaires du SA.

Méthode de calcul

Cet indicateur complète l'analyse qualitative effectuée à partir du tableau 12. Le score de l'indicateur G.2 est obtenu sur la base du même référentiel de la manière suivante:

- Dans la 1^{re} colonne, on sélectionne les services couverts par le SA. Le tableau donne un référentiel des prestations les plus couramment couvertes. Il convient de supprimer les prestations non couvertes par le SA.
- Dans la 2^e colonne «*exposition aux risques liés à l'assurance*», on entoure le score *maximum* correspondant à chaque service offert par le SA. On additionne ces scores pour obtenir le total théorique (X, dernière ligne du tableau), correspondant à une qualité optimale du portefeuille de risques. Dans le cadre de ce référentiel, si tous les services sont offerts par le SA, le score maximal est 194, soit une qualité du portefeuille de risques de 100 pour-cent.

Pour chaque service offert (par ligne), on entoure les «1» pour les services où le SA impose des mesures adéquates de limitation des risques liés à l'assurance santé, du type figurant dans les entêtes des colonnes 3 à 11 (il est compté un point si le paiement forfaitaire est appliqué, colonne 9). On additionne le nombre de «1» par ligne. Le résultat constitue le score obtenu par service offert. On additionne le total des scores obtenus pour avoir le total réel du SA (Y, dernière ligne du tableau).

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$G.2 = \frac{Y}{X} \times 100 \text{ (exprimé en \%)}$$

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise (Note 2)	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement (tarification forfaitaire = 1)	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Soins ambulatoires aigus										
Actes										
Consultations curatives	4		1	1			1			1
Soins infirmiers	4		1	1			1			1
Petite chirurgie	4		1	1			1			1
Autres	4		1	1			1			1
Médicaments (Note 1)										
Génériques et essentiels	5		1	1			1		1	1
Marque et spécialités	6		1	1		1	1		1	1
Examens										
Laboratoire	5		1	1		1	1			1
Radiologie	5		1	1		1	1			1
Autres	5		1	1		1	1			1
Consultations préventives										
Actes										
Consultations prénatales	5		1			1	1	1		1
Soins maternels et infantiles	2		1					1		
Vaccinations	2		1					1		
Autres	2		1					1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-		-	-		-	-
Soins ambulatoires chroniques										
Actes										
Tuberculose	7		1	1	1	1	1	1	1	
Lèpre	7		1	1	1	1	1	1	1	
HIV / SIDA	7		1	1	1	1	1	1	1	
Autres	7		1	1	1	1	1	1	1	
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-		-	-		-	-
Interventions chirurgicales non programmées										
Actes										
Traitement des hernies étranglées	2		1					1		
Appendicectomie	2		1					1		
Autres occlusions intestinales	2		1					1		
Réduction de fractures	2		1					1		
Autres	2		1					1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-		-	-		-	-

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise (Note 2)	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement (tarification forfaitaire = 1)	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Interventions gynéco-obstétricales										
Actes										
Accouchement non compliqué	4		1	1			1	1		
Césarienne	2		1					1		
Accouchement dystocique: pose de forceps, de ventouses, etc.	2		1					1		
Curetage post partum ou après avortement spontané ou provoqué	2		1					1		
Autres	2		1					1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-			-		-	-
Hospitalisations médicalisées non programmées										
Actes										
Traitement des complications des maladies les plus courantes	4		1	1	1			1		
Paludisme (sous hospitalisation)	4		1	1	1			1		
Infections respiratoires	4		1	1	1			1		
Diarrhée avec déshydratation	4		1	1	1			1		
Service de réanimation	4		1	1	1			1		
Autres	4		1	1	1			1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-			-		-	-
Hospitalisations programmées										
Actes										
Maladie chronique	5		1	1	1	1	1			
Cure de hernie simple	5		1	1	1	1	1			
Ablation d'un goitre	5		1	1	1	1	1			
Hystérectomie ou ablation d'un fibrome	5		1	1	1	1	1			
Autres	5		1	1	1	1	1			
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-			-		-	-
Transport / évacuation										
Tous	5		1	1		1	1			1
Spécialités										
Actes										
Ophthalmologie	5		1	1	1			1		1
Cataracte	6		1	1	1	1		1		1

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance		Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
			Période probatoire	Franchise (Note 2)	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement (tarification forfaitaire = 1)	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Lunetterie	5		1	1		1			1		1
Extraction dentaire	5		1		1	1			1		1
Soins dentaires	5		1		1	1			1		1
Appareillage	6		1	1		1	1		1		1
Autres	5		1		1	1			1		1
Médicaments											
Génériques et essentiels			-		-			-		-	-
Marque et spécialités			-		-		-	-		-	-
Autres											
Total	X=	Y	46	33	22	17	21	31	6	18	
	194										

Note 1 : les médicaments ne seront comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul de l'indicateur, sauf s'ils sont soumis à des mesures différentes par catégories de services.

Note 2 : dans le cas des services pour lesquels la franchise et le ticket modérateur limitent les risques liés à l'assurance santé, il a été considéré qu'il suffisait d'appliquer une seule de ces deux mesures à la fois.

G.3: Coûts moyens des prestations prises en charge

Référence

Tome 1, page 62.

Sources d'information

- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 4).
- Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge (tableau 7).
- Données financières disponibles chez les prestataires.
- Enquêtes.

Méthode de calcul

G.3.1: évolution des coûts moyens des prestations prises en charge

L'indicateur peut être construit de deux manières:

- à partir des valeurs brutes des coûts moyens des prestations prises en charge, représentées dans un tableau ou sous forme graphique;
- à partir des taux de croissance des coûts moyens des différentes prestations. La formule utilisée est alors la suivante:

$$G.3.1 = \frac{\text{Coût moyen}_N - \text{Coût moyen}_{N-1}}{\text{Coût moyen}_{N-1}}$$

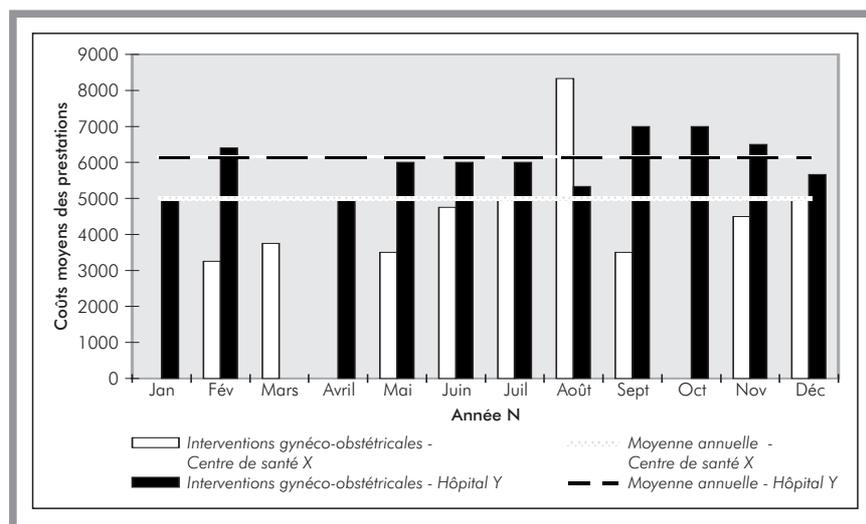
L'évolution des coûts moyens peut être analysée de différentes manières:

- analyse de l'évolution du coût moyen d'une prestation au cours du temps. L'analyse permet de dépister une augmentation des coûts et de la caractériser: augmentation réversible, progression régulière, etc.;
- comparaison de l'évolution des coûts moyens des soins fournis par différents prestataires. Cette analyse permet de dépister les abus de certains prestataires ou une modification différente des techniques de traitement qu'ils utilisent.

Dans les deux cas, des graphiques peuvent être établis. La comparaison des coûts moyens devra se faire sur une durée suffisamment longue pour être significative.

Exemple

Le graphique suivant est construit sur la base des données de la fiche de suivi des coûts moyens de prestations prises en charge, du SA de Kalto.



Note d'analyse: l'analyse du graphique permet de constater une relative stabilité des coûts des interventions gynéco-obstétricales pratiquées par l'hôpital Y. En revanche, cela n'a pas été le cas pour le centre de santé X, où les coûts moyens ont dérapé au cours du mois d'août. L'analyse de ce dérapage a mis en évidence que le centre de santé n'a pas référé vers l'hôpital un cas compliqué nécessitant un traitement coûteux, et ce malgré le schéma de référence convenu avec le SA. Le suivi continu réalisé par le SA a permis d'identifier rapidement ce dérapage et d'intervenir auprès du centre de santé afin d'éviter qu'un tel cas ne se renouvelle.

G.3.2: comparaison des coûts moyens des services pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires

Cet indicateur peut être utile pour confirmer l'existence d'éventuelles surprescriptions. Toutefois, il n'est pas toujours possible d'obtenir les informations nécessaires à son calcul.

Pour chaque service (ou catégorie de services) et pour la même période, il faut disposer des informations suivantes:

- X = coût moyen de la prestation considérée (ou catégorie).
- Y = copaiement (franchise, ticket modérateur, plafonnement) à la charge du bénéficiaire du SA pour la prestation considérée. Le copaiement est calculé sur la base de la moyenne des copaiements à la charge des bénéficiaires pour la prestation considérée.
- Z = coût moyen de la même prestation facturé à un non-bénéficiaire (à partir des données disponibles chez le prestataire ou par enquêtes sur un échantillon représentatif de non-bénéficiaires).

L'indicateur G.3.2 de comparaison des coûts moyens des services pour des bénéficiaires et des non-bénéficiaires est obtenu de la manière suivante:

$$G.3.2 = \frac{X + Y}{Z} \times 100$$

Un taux supérieur à 100 pour-cent indique une possible surprescription de la part des prestataires. Pour vérifier si une telle surprescription existe, d'autres analyses sont nécessaires.

Exemple

Avec l'intervention du médecin-chef de district, il a été possible d'estimer le coût moyen d'un accouchement simple pour une parturiente bénéficiaire et non bénéficiaire du SA. Pour les bénéficiaires, le coût était de 5 000 FCFA, pour les autres, de 3 000 FCFA en année N. Interrogée sur ces différences, la sage-femme a avancé le fait qu'elle ne pouvait pas pratiquer tous les soins nécessaires aux non-bénéficiaires, argument non confirmé par l'analyse des dossiers médicaux effectués par le médecin.



Indicateurs d'évaluation de la viabilité fonctionnelle

M.1: Taux de croissance brute

Référence

Tome 1, page 64.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Listes de bénéficiaires (ou d'exclus).

Méthode de calcul

Trois taux de croissance brute peuvent être calculés sur la base de périodes identiques (mois/années par exemple) selon la disponibilité des données, à l'aide des formules suivantes⁴:

M.1: le taux de croissance brute

$$M.1 = \frac{\text{Adhérents}_N - \text{Adhérents}_{N-1}}{\text{Adhérents}_{N-1}} \times 100$$

M.1.1: le taux de croissance du nombre de bénéficiaires

$$M.1.1 = \frac{\text{Bénéficiaires}_N - \text{Bénéficiaires}_{N-1}}{\text{Bénéficiaires}_{N-1}} \times 100$$

M.1.2: le taux de croissance du nombre de personnes à charge

$$M.1.2 = \frac{\text{Personnes à charge}_N - \text{Personnes à charge}_{N-1}}{\text{Personnes à charge}_{N-1}} \times 100$$

4 Par souci de simplification de la présentation des formules, le terme «nombre» n'a pas été incorporé aux formules. Ainsi la mention «adhérents» doit être lu «nombre d'adhérents».

Exemple

Les taux de croissance brute du SA de Kalto en années N et N-1, calculés à partir des données du tableau 4, sont les suivantes:

Taux de croissance brute	En année N-1	En année N
Adhérents (M.1)	$[(238 - 148) / 148] \times 100 = + 60,8 \%$	$[(265 - 238) / 238] \times 100 = + 11,3 \%$
Bénéficiaires (M.1.1)	$[(1529 - 948) / 948] \times 100 = + 61,3 \%$	$[(1705 - 1529) / 1529] \times 100 = + 11,5 \%$
Personnes à charge (M.1.2)	$[(1291 - 800) / 800] \times 100 = + 61,4 \%$	$[(1440 - 1291) / 1291] \times 100 = + 11,5 \%$

M.2: Taux de fidélisation

Référence

Tome 1, page 64.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul

Le taux de fidélisation correspond au taux de renouvellement des adhésions et donc des contrats passés entre le SA et les adhérents.

La forme du contrat varie suivant le type de SA. Dans un système d'assurance commerciale, le contrat est écrit et signé par l'assureur et l'assuré. Dans une mutuelle de santé, il s'agit d'un contrat tacite dont les termes figurent au sein des statuts et du règlement intérieur.

Dans tous les cas, le contrat est le plus souvent annuel. Plusieurs cas de figure sont à prendre en compte pour le calcul du taux de fidélisation:

- Pour les SA à période fermée d'adhésion, le calcul de l'indicateur est effectué à l'issue de la période d'adhésion et correspond au rapport entre le nombre d'adhérents cotisants de l'année N-1 qui ont recotisé en année N et le nombre total d'adhérents en année N-1.

$$M.2 = \frac{\text{Anciens membres}_{\text{Année N}}}{\text{Membres}_{\text{Année N-1}}} \times 100$$

Lorsque les cotisations sont annuelles, le renouvellement des contrats correspond également au renouvellement des cotisations. On parle alors de taux de fidélisation ou de recotisation.

Lorsque les cotisations sont fragmentées par semaine, mois, trimestre, etc., la recotisation correspond au paiement régulier des cotisations suite à chaque appel du SA. La fidélisation et la recotisation sont alors à distinguer, la seconde étant mesurée par le taux de recouvrement des cotisations.

- Pour les SA à période ouverte d'adhésion, le calcul de l'indicateur s'effectue en deux temps:
 - ✓ Chaque mois, le SA calcule le taux de renouvellement des contrats passés (ou renouvelés) le même mois de l'année précédente en appliquant la formule proposée plus haut.
 - ✓ En fin d'année, le taux de fidélisation correspond à la moyenne des taux calculés mensuellement.

Exemple

L'exemple suivant illustre le calcul en années N et N-1, du taux de fidélisation dans un SA à période fermée d'adhésion qui chaque année présente les situations suivantes:

	N-2	N-1	N
Nouveaux adhérents	100	250	160
Retraits	–	10	20
Total des adhérents	100	340	480

Les taux de fidélisation en années N-1 et N sont les suivants:

En année N-1: $M.2 = [(340 - 250) / 100] \times 100 = 90 \%$

En année N: $M.2 = [(480 - 160) / 340] \times 100 = 94 \%$

L'indicateur pourrait être également calculé de la façon suivante:

En année N: $M.2 = [(340 - 20) / 340] \times 100 = 94 \%$

M.3: Taux de croissance interne

Référence Tome 1, page 66.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul L'indicateur mesure le taux de croissance des adhérents originaires des anciennes zones d'intervention du SA. Il est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$M.3 = \frac{\text{Adhérents}_{\text{Année N}} \text{ dans les zones où opérait le SA en Année N-1} - \text{Adhérents}_{\text{Année N-1}}}{\text{Adhérents}_{\text{Année N-1}}} \times 100$$

Comme pour l'indicateur M.1, ce taux peut être calculé pour les bénéficiaires et les personnes à charge en remplaçant, dans la formule, le nombre d'adhérent par le nombre considéré.

Exemple

A partir de l'enregistrement des adresses des adhérents enregistrées dans les outils de suivi du SA de Kalto, il est possible de répartir les adhérents cotisants en année N-1 selon leur origine.

Adhérents cotisants	Année N-2	Année N-1
Anciennes zones	148	135
Nouvelles zones	0	103
Total	148	238

Le taux de croissance interne en l'année N-1 est:

$$M.3 = [(135 - 148) / 148] \times 100 = - 8,8 \%$$

Note d'analyse: M.3 est négatif alors que le taux de croissance brute (M.1) est positif (+ 60,8 pour-cent). Cela montre qu'il n'y pas eu de croissance du nombre d'adhérents dans l'ancienne zone d'intervention et que la croissance du nombre total d'adhérents est due à l'extension géographique.

M.4: Taux de croissance externe

Référence Tome 1, page 66.

Sources d'information

- Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul L'indicateur mesure la proportion d'adhérents originaires des nouvelles zones d'intervention du SA à l'aide de la formule suivante:

$$M.4 = \frac{\text{Adhérents}_{\text{Année N}} \text{ dans les nouvelles zones d'intervention du SA}}{\text{Adhérents}_{\text{Année N-1}}} \times 100$$

Comme pour l'indicateur M.1, ce taux peut être calculé pour les bénéficiaires et les personnes à charge en remplaçant, dans la formule, le nombre d'adhérents par le nombre considéré.

Exemple

Adhérents cotisants	Année N-2	Année N-1
Anciennes zones	148	135
Nouvelles zones	0	103
Total	148	238

Le taux de croissance externe du SA de Kalto au cours de l'année N-1 est:

$$M.4 = (103 / 148) \times 100 = \mathbf{69,6 \%}$$

Note d'analyse: l'indicateur montre que pour l'année N-1, la croissance externe a été très importante dans la dynamique d'adhésion.

M.5: Taux de pénétration

Référence Tome 1, page 66.

Sources d'information

- Caractéristiques de la population de la zone d'intervention et du public cible (tableau 3).
- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Listes de bénéficiaires (ou d'exclus).

Méthode de calcul

L'indicateur mesure la part du public cible qui est bénéficiaire. Il est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$M.5 = \frac{\text{Bénéficiaires}_{\text{Année N}}}{\text{Public cible}_{\text{Année N}}} \times 100$$

Le taux de pénétration peut également être calculé par catégorie de bénéficiaires et de membres du public cible. Les catégories peuvent être par exemple le sexe, l'âge ou le revenu.

Exemple

Les taux de pénétration du SA de Kalto durant ses trois premières années de fonctionnement sont les suivants:

	Nombre de bénéficiaires et effectif du public cible		
	Année N-2	Année N-1	Année N
Bénéficiaires	948	1 529	1 705
Public cible	10 000	10 200	10 300
Taux de pénétration	9,5 %	15,0 %	16,6 %

M.6: Taux de recouvrement

Référence

Tome 1, page 67.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul

L'indicateur mesure la proportion de cotisations émises effectivement encaissées par le SA (à une date donnée). Il est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$M.6 = \frac{\text{Montant des cotisations perçues}}{\text{Montant des cotisations émises}} \times 100$$

Exemple

La mutuelle de Kalikoro a émis pour 1 300 000 FCFA de cotisations pour l'exercice N allant du 1^{er} janvier au 31 décembre. Elle a effectivement encaissé à la date d'échéance 1 250 000 FCFA. Le taux de recouvrement est égal à:

$$M.6 = (1\,250\,000 / 1\,300\,000) \times 100 = \mathbf{96,2\%}$$

M.7: Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents

Référence

Tome 1, page 67.

Sources d'information

- CdR.
- Bilan.

Méthode de calcul

Les règles en vigueur quant aux modalités de remboursement des adhérents ou de paiement des prestataires (tiers-payant) diffèrent selon les SA.

Deux indicateurs sont proposés:

M.7.1: délai moyen de paiement des prestataires

L'indicateur est calculé à partir des dettes vis-à-vis des prestataires figurant dans le bilan (tableau 2, cellule 5.1) et le montant total des prestations figurant dans le CdR (tableau 1, cellule a).

$$M.7.1 = \frac{\text{Dettes vis-à-vis des prestataires}}{\text{Total des prestations}} \times 365 \text{ jours}$$

Ce délai moyen de paiement des prestataires doit être apprécié par rapport aux délais accordés avec le prestataire ou, à défaut, selon les pratiques observées, dans la zone considérée, en matière de règlement des prestataires.

M.7.2: délai moyen de remboursement des adhérents

L'indicateur est calculé à partir des dettes vis-à-vis des adhérents figurant dans le bilan (tableau 2, cellule 5.2) et le montant total des prestations prises en charge figurant dans le CdR (tableau 1, cellule a).

$$M.7.2 = \frac{\text{Dettes vis-à-vis des adhérents}}{\text{Total des prestations}} \times 365 \text{ jours}$$

La valeur de l'indicateur doit être rapprochée des délais observés dans des SA similaires. Il faut également s'informer de l'existence éventuelle de plaintes des adhérents dans ce domaine. Enfin, l'évolution de l'indicateur constitue une information intéressante dans l'appréciation du fonctionnement du SA.

Exemple

En se basant sur son CdR et son bilan (tableaux 1 et 2), l'indicateur de délai moyen de paiement des prestataires de la mutuelle de Kalikoro, qui pratique le système du tiers-payant, est égal à:

$$\begin{aligned} M.7.1 &= (\text{cellule 5.1}) / (\text{cellule a}) \times 365 = \\ &= (150\ 000 / 900\ 000) \times 365 \text{ jours} = \mathbf{61 \text{ jours}} \end{aligned}$$

4

Indicateurs d'évaluation de viabilité financière

F.1: Ratio de liquidité immédiate

Référence

Tome 1, page 69.

Source d'information

Bilan.

Méthode de calcul

Ce ratio est calculé à partir des actifs circulants directement disponibles à savoir les montants dans les comptes bancaires et en caisse (tableau 2, cellules 16.1 et 16.2) et les dettes à court terme (tableau 2, cellule 5). Les autres actifs circulants (créances, stocks et placements) ne sont pas pris en compte car ils ne sont pas immédiatement disponibles.

Le ratio de liquidité immédiate est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.1 = \frac{\text{Avoirs en caisse} + \text{Avoirs en banque}}{\text{Dettes à court terme}}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 2), le ratio de liquidité immédiate est égal à:

$$F.1 = (\text{cellule 16}) / (\text{cellule 5}) \text{ soit } (390\ 000 + 100\ 000) / 100\ 000 = 4,9$$

Note d'analyse: la valeur élevée du ratio signifie que la mutuelle n'aura pas de problème pour faire face à ses dettes à court terme (par contre, un examen du plan de trésorerie est nécessaire car il est possible que la mutuelle conserve des liquidités en quantité trop importante).

F.2: Ratio de capitaux propres

Référence Tome 1, page 70.

Source d'information Bilan.

Méthode de calcul Ce ratio est calculé à partir des capitaux propres (tableau 2, cellules 1, 2, 3) et de l'ensemble des dettes du SA (tableau 2, cellules 4 et 5).

Le ratio de capitaux propres est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.2 = \frac{\text{Capitaux propres}}{\text{Dettes}} \times 100$$

Exemple Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 2), le ratio de capitaux propres est égal à:

$$\begin{aligned} F.2 &= [(cellules 1 + 2 + 3) / (cellules 4 + 5)] \times 100 \\ &= [(300\,000 + 90\,000 + 150\,000) / 150\,000] \times 100 = \mathbf{360\%} \end{aligned}$$

Le ratio indique que la solvabilité générale de la mutuelle est excellente.

F.3: Ratio de couverture des charges ou taux de réserve

Référence

Tome 1, page 70.

Sources d'information

- Bilan.
- CdR.

Méthode de calcul

Le ratio est calculé à partir des réserves comptables figurant dans le bilan (tableau 2, cellule 1) et les charges en prestations du SA, figurant dans le CdR (tableau 9, cellule a). Le ratio est calculé après affectation du résultat⁵.

Le ratio de couverture des charges (en prestations) ou taux de réserve obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.3.1 = \frac{\text{Réserves}}{\text{Charges en prestations}} \times 100 \text{ (en \%)}$$

$$F.3.2 = \frac{\text{Réserves}}{\text{Charges en prestations}} \times 12 \text{ (en mois)}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableaux 1 et 2) et en supposant que l'intégralité du résultat est affecté aux réserves, le taux de réserve est égal à:

$$\begin{aligned} F.3.1 &= [(cellules 1 + 2) / (cellule a)] \times 100 = \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000) / 900\ 000] \times 100 \\ &= 43,3 \text{ \%} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} F.3.2 &= [(cellules 1 + 2) / (cellule a)] \times 12 = \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000) / 900\ 000] \times 12 \\ &= 5,2 \text{ mois} \end{aligned}$$

5 Dans le cas où le résultat est porté dans un compte de report à nouveau, celui-ci doit être ajouté aux montants des réserves pour le calcul du ratio.

F.4: Ratio des cotisations acquises / charges

Référence Tome 1, page 71.

Source d'information CdR.

Méthode de calcul

F.4.1: ratio des cotisations acquises / charges d'exploitation

Ce ratio est calculé à partir du montant des cotisations acquises (tableau 1, cellule f) et du montant des charges d'exploitation de l'exercice considéré, à savoir les charges en prestations et autres charges du SA (tableau 1, cellules a + b).

$$F.4.1 = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges d'exploitation}}$$

F.4.2: ratio des cotisations acquises / charges totales

Ce ratio est calculé à partir du montant des cotisations acquises (tableau 1, cellule f) et du montant total des charges de l'exercice (tableau 1, cellule A).

$$F.4.2 = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges totales}}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), les ratios de cotisations acquises sont égaux à:

$$\begin{aligned} F.4.1 &= (\text{cellule f}) / (\text{cellules a} + \text{b}) = \\ &= 1\,200\,000 / (900\,000 + 365\,000) \\ &= \mathbf{0,95} \end{aligned}$$

Note d'analyse: la mutuelle n'a pas pu couvrir en totalité ses prestations et ses charges d'exploitation.

$$F.4.2 = (\text{cellule f}) / (\text{cellules A}) = 1\,200\,000 / 1\,265\,000 = \mathbf{0,95}$$

Note d'analyse: la mutuelle n'est pas parvenue à couvrir la totalité des charges de l'exercice avec les cotisations acquises.

Dans cet exemple, les deux indicateurs sont identiques dans la mesure où pour l'exercice considéré, la mutuelle n'a supporté que des charges d'exploitation. Le ratio F.4.2 aurait été inférieur à 0,95 si la mutuelle avait dû amortir des équipements ou des bâtiments, supporté des charges financières ou des charges exceptionnelles.

F.5: Ratio de sinistralité

Référence Tome 1, page 71.

Source d'information CdR.

Méthode de calcul Le ratio est calculé à partir des prestations prises en charge (tableau 1, cellule a) et des cotisations acquises pour l'exercice (tableau 1, cellule f), figurant dans le CdR.

Le ratio de sinistralité est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.5 = \frac{\text{Prestations totales}}{\text{Cotisations acquises}} \times 100$$

Exemple Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le ratio de sinistralité est égal à:

$$F.5 = (\text{cellule a}) / (\text{cellules f}) = (900\,000 / 1\,200\,000) \times 100 = 75 \%$$

Note d'analyse: la valeur du ratio indique qu'une bonne partie des cotisations sert effectivement au financement des prestations. Cette valeur est satisfaisante.

F.6: Ratio des frais de fonctionnement brut

Référence Tome 1, page 72.

Source d'information CdR.

Méthode de calcul Le ratio est calculé sur base des «autres charges de fonctionnement» (tableau 1, cellule b) et du total des produits de l'exercice dont dispose le SA (tableau 1, cellule X), figurant dans le CdR.

Le ratio des frais de fonctionnement brut est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.6 = \frac{\text{Autres charges}}{\text{Total Produits}} \times 100$$

Exemple Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le ratio des frais de fonctionnement brut est égal à:

$$F.6 = (\text{cellule b}) / (\text{cellule X}) = (365\ 000 / 1\ 355\ 000) \times 100 = \mathbf{26,9\%}$$

Note d'analyse: le ratio est élevé, mais près de la moitié des frais de fonctionnement sont liés à des activités de formation et de promotion (200 000). Si le SA est en phase de démarrage, il est normal que des efforts importants de sensibilisation et de formation aient été consentis. L'évolution de ce ratio est à surveiller.

5

Méthode de valorisation des coûts cachés et calcul du résultat économique

Référence

Tome 1, page XXX.

Sources d'information

- Tableaux de rôle (tableaux 15 et 15bis).
- CdR.
- Bilan.

Identification et valorisation des coûts cachés

1. L'identification:

Les évaluateurs ont à identifier les activités dont les coûts n'ont pas été considérés dans le CdR et le bilan.

Exemple: la mutuelle de Kalikoro, en phase de lancement, a bénéficié de l'appui d'un projet. Les activités suivantes ont été réalisées sans qu'elle n'en supporte les coûts:

- Le remplissage des cartes d'adhérents. Cette activité a été effectuée par des animateurs et un secrétaire mis à disposition de la mutuelle.
- L'établissement du CdR et du bilan de la mutuelle. Cette activité a été réalisée par le projet.
- L'organisation de trois sessions de formation pour les responsables et gestionnaires du SA. Cette activité a été exécutée par une ONG et financée par le projet.

2. La valorisation:

Pour déterminer le montant des coûts cachés, on estime le coût des activités que le SA aurait dû réaliser pour bénéficier des mêmes services que ceux qui lui ont été fournis gratuitement.

En reprenant l'exemple précité, la valorisation des coûts cachés pour les différentes activités est la suivante:

- *Le remplissage des cartes d'adhérents.* Il a été estimé que si la mutuelle avait dû contracter les services d'un agent pour le remplissage des cartes d'adhérents, il lui en aurait coûté 20 000 FCFA.
- *L'établissement du CdR et du bilan.* La mutuelle a évalué à 50 000 FCFA le coût d'élaboration des états financiers par un comptable agréé de la place.
- *L'organisation et le financement de trois sessions de formation.* Le coût des sessions de formation a été estimé à 100 000 FCFA (déplacement, hébergement de 5 personnes pendant quatre jours).

Dans cet exemple, les coûts cachés représentent au total:

$$20\ 000 + 50\ 000 + 100\ 000 = 170\ 000\ \text{FCFA}$$

Calcul du résultat économique

1. La prise en compte des coûts cachés: après avoir identifié les coûts cachés, il faut déterminer ceux qui sont à considérer pour le calcul du résultat économique du SA. Pour ce faire, il faut tenir compte du besoin de reconduire dans le futur les activités concernées, de la pérennité des sources externes de financement (projet, institution publique, communauté, etc.), du degré désiré d'autonomie du SA, etc. Il faut garder à l'esprit que l'objectif premier de la valorisation des coûts cachés est de déterminer la capacité du SA à faire face durablement à l'ensemble de ses charges.

2. Le calcul du résultat économique: le résultat économique est égal au résultat de l'exercice diminué des coûts cachés valorisés.

Exemple: dans le cas de la mutuelle de Kalikoro, le résultat de l'exercice est égal à + 90 000 FCFA. Le résultat économique est lui égal à:

$$90\ 000\ \text{FCFA} - 170\ 000\ \text{FCFA} = - 80\ 000\ \text{FCFA}$$

La mutuelle a un résultat économique négatif alors que son CdR faisait apparaître un résultat positif (après subvention). La mutuelle n'est pas en mesure, au regard de cet exercice, de supporter l'ensemble des charges nécessaires à son fonctionnement.



Indicateurs d'évaluation de la viabilité économique

V.1: Taux de financement propre

Référence

Tome 1, page 81.

Sources d'information

- CdR.
- Comptabilisation des coûts cachés.

Méthode de calcul

Le taux de financement propre apprécie la capacité du SA à financer l'ensemble de ses charges. Il est calculé à partir des produits «propres» du SA (total des produits avant subvention) pour l'exercice considéré (tableau 1, cellule B), des charges totales figurant au CdR de l'exercice (tableau 1, cellule A) et des coûts cachés valorisés.

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$V.1 = \frac{\text{Total produits avant subvention}}{\text{Total charges} + \text{Coûts cachés valorisés}} \times 100$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le taux de financement propre est égal à:

$$\begin{aligned} V.1 &= \{(\text{cellule B}) / [(\text{cellule A}) + (\text{coûts cachés valorisés})]\} \times 100 \\ &= [1\ 205\ 000 / (1\ 265\ 000 + 170\ 000)] \times 100 = \mathbf{84\ \%} \end{aligned}$$

Note d'analyse: ce ratio indique que la mutuelle a couvert 84 pour-cent de ses charges (coûts cachés compris) avec ses propres produits (subventions non comprises) au cours de l'exercice considéré.

V.2: Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)

Référence

Tome 1, page 81.

Sources d'information

- CdR.
- Comptabilisation des coûts cachés.

Méthode de calcul

Ce ratio est complémentaire au ratio des cotisations acquises / charges totales (F.4.2). A la différence de ce dernier, il tient compte des coûts cachés.

Le ratio est calculé à partir du montant des cotisations acquises (tableau 1, cellule f) et du montant des charges et coûts cachés de l'exercice considéré (tableau 1, cellule A + coûts cachés valorisés).

$$V.2 = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges totales} + \text{Coûts cachés valorisés}}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le ratio est égal à :

$$\begin{aligned} V.2 &= (\text{cellule f}) / [(\text{cellule A}) + \text{coûts cachés valorisés}] \\ &= 1\,200\,000 / (1\,265\,000 + 170\,000) = \mathbf{0,84} \end{aligned}$$

Note d'analyse: l'analyse financière a montré que le ratio de cotisations acquises / charges totales (F.4.2) était de 0,95. La mutuelle n'est pas parvenue à couvrir la totalité des charges de l'exercice à l'aide des cotisations.

La mutuelle est encore moins en mesure de couvrir l'ensemble de ses charges par les cotisations, lorsque l'on tient compte des coûts cachés. Cela est confirmé par la valeur du ratio V.2 qui est inférieure à celle de F.4.2. Les deux ratios indiquent que l'équilibre financier de la mutuelle dépend de ressources extérieures.



Indicateurs d'évaluation des ressources humaines

H.1 : Outils d'administration du personnel

Référence Tome 1, page 97.

Sources d'information Outils d'administration du personnel.

Méthode de calcul L'indicateur H.1 mesure l'existence et la qualité des outils d'administration du personnel du SA. Seuls deux outils ont été pris en compte pour le calcul de l'indicateur: le manuel des fonctions et le règlement de travail. Le même principe peut être appliqué avec des outils équivalents.

Huit éléments d'information ont été sélectionnés en raison de leur importance. Il est attribué $\frac{1}{8}$ de point à chaque fois que l'un de ces éléments est contenu dans un outil. Le score total multiplié par 100 donne la valeur de l'indicateur en pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
Le manuel des fonctions contient les éléments suivants:	
1. Les objectifs de chaque fonction du SA	$\frac{1}{8}$
2. Le degré de qualification requis pour la fonction	$\frac{1}{8}$
3. L'unité (ou l'organe) à laquelle la fonction est rattachée	$\frac{1}{8}$
4. La description des tâches relatives à la fonction	$\frac{1}{8}$
Le règlement de travail contient les éléments suivants:	
5. La durée journalière de travail	$\frac{1}{8}$
6. Le règlement des conflits	$\frac{1}{8}$
7. Les droits du personnel	$\frac{1}{8}$
8. Les obligations du personnel	$\frac{1}{8}$
Total	1

H.2: Investissement en formation

Référence Tome 1, page 98.

Sources d'information

- CdR.
- Factures des organismes (ou personnes) ayant fourni les formations.
- Coût estimé des formations (délivrées par des structures d'appui, projets ou autres).

Méthode de calcul

Deux indicateurs sont proposés afin de tenir compte du fait que certaines formations sont fréquemment financées par un tiers. Si le SA a assuré le financement de la totalité des formations, les deux indicateurs se confondent.

H.2.1: investissement brut en formation

Le premier indicateur estime le coût des formations par rapport au total des «autres charges de fonctionnement» que ce coût ait été ou non supporté directement par le SA. Pour calculer cet indicateur, il faut donc valoriser les coûts cachés en matière de formation (sur la base de factures ou d'estimations) et les ajouter aux charges de formation figurant dans le CdR.

L'indicateur H.2.1 se calcule, pour l'exercice considéré, par la formule suivante:

$$H.2.1 = \frac{\text{Coût total de formations}}{\text{Charges totales de fonctionnement}} \times 100$$

H.2.2: investissement net en formation

Le second indicateur est semblable au précédent mais il ne prend en compte que les coûts des formations assumées par le SA (cellule b5 – sans les frais de promotion). Il permet d'apprécier la part des charges que le SA consacre à la formation.

L'indicateur H.2.2 se calcule, pour l'exercice considéré, par la formule suivante:

$$H.2.2 = \frac{\text{Frais de formations}}{\text{Charges totales de fonctionnement}} \times 100$$



Indicateurs d'efficacité

E.1: Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires

Référence

Tome 1, page 109.

Sources d'information

- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Fiche de suivi des fréquences de risques (tableau 8).
- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.

Méthode de calcul

L'indicateur peut être calculé pour un service de santé couvert par le SA ou pour une catégorie de services, pour un prestataire ou pour un ensemble de prestataires. Les données au numérateur et au dénominateur doivent couvrir la même période et concerner les mêmes bénéficiaires. Cette précision est importante lorsque le SA propose différents «paquets» de garanties.

La formule de calcul de l'indicateur, pour une prestation Z (ou catégorie) durant la période considérée, est la suivante:

$$E.1 = \frac{\text{Nombre de prestations Z prises en charge}}{\text{Nombre moyen de bénéficiaires du SA}} \times 100$$

Exemple

Les tableaux 4 et 5 relatifs au SA de Kalto indiquent notamment que:

- 50 hospitalisations médicalisées non programmées ont été prises en charge par le SA.
- Le nombre de bénéficiaires moyens du SA pendant la même période était de 1 705.

Le taux d'utilisation des hospitalisations médicalisées non programmées par les bénéficiaires du SA en année N s'élève à:

$$E.1 = (50 / 1\,705) \times 100 = 2,9 \%$$

E.2: Taux d'utilisation comparé des services de santé

Référence

Tome 1, page 110.

Sources d'information

- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Fiche de suivi des fréquences de risques (tableau 8).
- Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Système d'information des actes prestés au niveau des prestataires.
- Population de référence des prestataires.

Méthode de calcul

L'indicateur peut être calculé pour un service de santé couvert par le SA ou pour une catégorie de services, pour un prestataire ou pour un ensemble de prestataires. Les données nécessaires au calcul de l'indicateur peuvent être obtenues auprès du prestataire ou en ayant recours à un échantillon représentatif de personnes non-bénéficiaires résidant dans la zone d'intervention du SA.

La formule de calcul de l'indicateur, pour un service de santé Z (ou catégorie de services) durant la période considérée, est la suivante:

$$E.2 = \frac{\frac{\text{Nombre de prestations Z accordées aux bénéficiaires}}{\text{Nombre moyen de bénéficiaires}}}{\frac{\text{Nombre de prestations Z accordées aux non-bénéficiaires}}{\text{Nombre moyen de non-bénéficiaires}}}$$

Exemple

En reprenant l'exemple des hospitalisations non programmées prises en charge par le SA de Kalto:

- 50 hospitalisations médicalisées non programmées ont été prises en charge par le SA.
- 2 400 hospitalisations médicalisées non programmées ont été réalisées par l'hôpital auprès de la population de sa zone d'intervention, non-bénéficiaire du SA.
- Le nombre de bénéficiaires moyens du SA pendant la même période était de 1 705.
- L'effectif de la population de la zone couverte par l'hôpital est, pour la période considérée, de 105 000 personnes sans compter les bénéficiaires du SA.

Taux d'utilisation par les bénéficiaires =
 $(50 / 1\,705) \times 100 = \mathbf{2,9\%}$

Taux d'utilisation par les non-bénéficiaires =
 $(2\,400 / 105\,000) \times 100 = \mathbf{2,3\%}$

Taux d'utilisation comparé des services de santé:

$$\mathbf{E.2} = 2,9\% / 2,3\% = \mathbf{1,26}$$

Les bénéficiaires ont recours 1,26 fois plus souvent aux hospitalisations médicalisées non programmées que les non-bénéficiaires.

E.3: Temps de latence comparé

Référence

Tome 1, page 110.

Sources d'information

- Enquêtes auprès des prestataires de soins autorisés par le SA.
- Enquêtes ménages spécifiques.
- Sondages auprès des bénéficiaires du SA utilisant les services de santé.

Méthode de calcul

Cet indicateur peut être imprécis dans la mesure où il repose sur les déclarations des personnes soignées (quant au début de la maladie). Il demande également que les dates de recours aux soins soient connues ce qui suppose que les prestataires tiennent à jour un document enregistrant les visites de l'ensemble des patients.

L'indicateur se calcule à partir des durées moyennes entre:

- La date de début de la maladie (X) ayant nécessité les soins considérés.
- La date de recours aux services (Y) (consultation, hospitalisation, etc.).

La formule de calcul de l'indicateur est la suivante:

- en considérant N bénéficiaires «sondés» durant la période considérée, on a:

Temps de latence pour les bénéficiaires du SA

$$E.3.1 = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - X_i)}{N}$$

- en considérant M non-bénéficiaires «sondés» durant la même période, on a:

Temps de latence pour les non-bénéficiaires

$$E.3.2 = \frac{\sum_{i=1}^m (Y_i - X_i)}{M}$$

Le temps de latence comparé obtenu est:

$$E.3 = E.3.2 - E.3.1$$

Exemple

Dans cet exemple, ne sont considérés que 4 bénéficiaires, pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Temps de latence

pour le bénéficiaire 1 = 20 mars – 15 mars = **5 jours**

pour le bénéficiaire 2 = 25 octobre – 12 octobre = **13 jours**

pour le bénéficiaire 3 = 12 avril – 11 avril = **1 jour**

pour le bénéficiaire 4 = 12 juin – 9 juin = **3 jours**

Le temps de latence des bénéficiaires du SA (en moyenne) est:

$$E.3.1 = (5 + 13 + 1 + 3) / 4 = \mathbf{5,5 \text{ jours}}$$

De la même manière, sont considérés 5 non-bénéficiaires pour la même période.

Temps de latence

pour le non-bénéficiaire 1 = 30 mars – 22 mars = **8 jours**

pour le non-bénéficiaire 2 = 15 juin – 2 juin = **13 jours**

pour le non-bénéficiaire 3 = 12 octobre – 1^{er} octobre = **11 jours**

pour le non-bénéficiaire 4 = 17 septembre – 2 septembre = **15 jours**

pour le non-bénéficiaire 5 = 21 février – 10 février = **11 jours**

Le temps de latence des non-bénéficiaires (en moyenne) est:

$$E.3.2 = (8 + 13 + 11 + 15 + 11) / 5 = \mathbf{11,6 \text{ jours}}$$

Le temps de latence comparé est:

$$E.3 = 11,6 - 5,5 = \mathbf{6,1 \text{ jours}}$$

Les bénéficiaires attendent, en moyenne, 6 jours de moins que les non-bénéficiaires avant de recourir aux soins de santé.

E.4: Durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée

Référence

Tome 1, page 110.

Sources d'information

- Système d'information des prestataires de soins autorisés par le SA.
- Attestations de soins.

Méthode de calcul

L'indicateur devra être calculé sur un échantillon représentatif de bénéficiaires et de non-bénéficiaires originaires d'une même zone et ayant subi une hospitalisation non programmée dans une même formation sanitaire. Les données sont recherchées dans les dossiers médicaux des malades bénéficiaires et non-bénéficiaires.

L'indicateur se calcule à partir des durées moyennes des hospitalisations non programmées c'est-à-dire à partir de:

- la date d'entrée à l'hôpital (X);
- la date de sortie de l'hôpital (Y).

La formule de calcul de l'indicateur est la suivante:

- en considérant N bénéficiaires «sondés» durant la période considérée, on a:

$$\text{Durée moyenne hospitalisation bénéficiaires} \quad E.4.1 = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - X_i)}{N}$$

- en considérant M non-bénéficiaires «sondés» durant la même période, on a:

$$\text{Durée moyenne hospitalisation non-assurés} \quad E.4.2 = \frac{\sum_{i=1}^m (Y_i - X_i)}{M}$$

La durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée est:

$$E.4 = E.4.2 - E.4.1$$

Exemple

Dans cet exemple, ne sont considérés que 4 bénéficiaires et 5 non-bénéficiaires. L'ensemble de ces personnes proviennent de la même zone et ont été hospitalisés pendant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Pour les bénéficiaires: (pour les hospitalisations non programmées).

Durée d'hospitalisation

pour le bénéficiaire 1 = 25 mars – 17 mars = **8 jours**

pour le bénéficiaire 2 = 25 décembre – 14 décembre = **11 jours**

pour le bénéficiaire 3 = 12 mars – 2 mars = **10 jours**

pour le bénéficiaire 4 = 11 juillet – 6 juillet = **5 jours**

La durée moyenne d'une hospitalisation pour les bénéficiaires est de:

$$(8 + 11 + 10 + 5) / 4 = \mathbf{8,5 \text{ jours}}$$

Pour les non-bénéficiaires: (pour les hospitalisations non programmées).

Durée individuelle

pour le non-bénéficiaire 1 = 10 janvier – 2 janvier = **8 jours**

pour le non-bénéficiaire 2 = 25 novembre – 10 novembre = **15 jours**

pour le non-bénéficiaire 3 = 12 février – 3 février = **9 jours**

pour le non-bénéficiaire 4 = 12 juin – 1^{er} juin = **11 jours**

pour le non-bénéficiaire 5 = 15 août – 3 août = **12 jours**

La durée moyenne d'une hospitalisation pour les non-bénéficiaires est de:

$$(8 + 15 + 9 + 11 + 12) / 5 = \mathbf{11 \text{ jours}}$$

$$\mathbf{E.4 = 11 - 8,5 = 2,5 \text{ jours.}}$$

Les bénéficiaires sont hospitalisés en moyenne 2,5 jours de moins que les non-bénéficiaires.

E.5: Coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée

Référence	Tome 1, page 111.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge (tableau 7).● Système d'information des prestataires de soins autorisés par le SA.
Méthode de calcul	<p>Le mode de calcul de l'indicateur E.5 est comparable à celui de l'indicateur E.4. Pour obtenir E.5, il faut remplacer dans la formule de calcul de E.4 les durées moyennes par les coûts moyens des hospitalisations non programmées.</p> <p>Les coûts moyens d'hospitalisation ne peuvent être comparés que si les mêmes tarifs sont appliqués aux bénéficiaires et aux non-bénéficiaires.</p>

Taux d'exclusion des bénéficiaires

Référence	Tome 1, page 111.
Sources d'information	Enquêtes (sondages) auprès d'un échantillon de ménages bénéficiaires du SA et de ménages non-bénéficiaires.
Méthode de calcul	<p>L'estimation du taux d'exclusion des bénéficiaires est réalisée sur la base d'une observation de la morbidité locale et d'une comparaison des comportements de recours des bénéficiaires et des non-bénéficiaires.</p> <p>Pour ce faire, il est nécessaire de réaliser une enquête portant sur une période relativement importante afin de recenser un nombre suffisant de cas de maladie.</p> <p>Les questions portent notamment sur la taille des ménages, le nombre de cas de maladie (quels que soient les cas), les recours utilisés pour chaque cas et les motifs de ces recours (qualité, proximité, problèmes d'argent, etc.).</p> <p>Une telle enquête permet de réaliser une photographie de:</p> <ul style="list-style-type: none">● la morbidité locale qui se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas de maladie dans le ménage durant la période (quelle que soit la gravité) par le nombre de personnes dans le ménage;● l'utilisation des différents prestataires et services de santé locaux;● l'impact du SA sur l'utilisation de ces prestataires et services;● le taux d'exclusion éventuelle de bénéficiaires du SA des services couverts, ainsi que les motifs de cette exclusion et la comparaison avec la situation des non-bénéficiaires. <p>Ce type d'enquête peut-être réalisé lors de l'étude de faisabilité du SA et constitue une photographie de la situation de départ à laquelle pourront être comparées les évaluations futures concernant les bénéficiaires et les non-bénéficiaires.</p>
Exemple	<p>Un SA couvre les services (consultation, petite hospitalisation, maternité et pharmacie) d'un centre de santé communal (CSC) (système de tiers-payant avec ticket modérateur variable suivant les services).</p> <p>Une enquête réalisée au sein de la population cible du SA (habitants des villages couverts par le CSC) lors d'une évaluation présente notamment les résultats suivants:</p> <ul style="list-style-type: none">● Les taux de morbidité observés, projetés sur un an, s'élèvent à 1,2 cas de maladie par an et par personne au sein des ménages bénéficiaires et à 1,3 au sein des ménages non-bénéficiaires.

- Les comportements de recours observés sont résumés dans le tableau suivant:

Prestataires	Fréquence de recours aux prestataires	
	Ménages bénéficiaires	Ménages non-bénéficiaires
Automédication traditionnelle (1)	5 %	15 %
Automédication moderne (2)	10 %	50 %
Tradipraticiens (3)	7 %	7 %
«Charlatan» (4)	–	35 %
Prestataires privés (5)	–	3 %
CSC	95 %	25 %
Hôpital régional (consultations)	–	3 %
Hôpital régional (hospitalisations) (6)	4%	8 %
Autres prestataires (7)	–	–
Nombre de recours par malade	1,21	1,46

- (1) Utilisation de la pharmacopée traditionnelle à la maison.
- (2) Achat de médication sur le marché, dans les boutiques et utilisation de médicaments divers disponibles à la maison.
- (3) Guérisseurs traditionnels.
- (4) Arracheurs de dents, colporteurs et autres «prestataires» sans compétence médicale.
- (5) Soins de santé modernes.
- (6) L'hôpital régional dispose d'un centre de santé pour les habitants de la commune où il est implanté et reçoit les habitants des autres communes référés par les centres de santé dont le CSC, en hospitalisation.
- (7) Autres CS communaux et prestataires hors de la région.

Note d'analyse: avec des taux de morbidité comparables entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires (respectivement: 1,2 et 1,3 cas de maladie par an et par personne), le SA a drainé vers le CSC 95 pour-cent des malades bénéficiaires alors que seuls 25 pour-cent des malades non-bénéficiaires l'ont utilisé.

22 pour-cent des malades bénéficiaires ont recouru en premier lieu à l'automédication moderne et/ou traditionnelle et aux tradipraticiens. Il peut s'agir d'une forme d'exclusion temporaire, mais les motifs avancés par les ménages montrent que ceux-ci préfèrent tenter de soigner d'abord le malade, quand le cas est jugé bénin, au village pour gagner du temps ou éviter de se déplacer vers le CSC. Beaucoup de malades continuent également d'associer médecine moderne et médecine traditionnelle.

Les 5 pour-cent de malades bénéficiaires (répartis entre l'automédication traditionnelle et/ou moderne et les tradipraticiens) qui n'ont pas recouru au CSC se répartissent ainsi:

- 2 pour-cent par manque d'argent au moment de la maladie pour payer le ticket modérateur;
- 3 pour-cent estimaient les tradipraticiens plus compétents pour soigner la maladie en question.

Le taux d'exclusion des bénéficiaires, pour des raisons financières, s'élèverait donc à 2 pour-cent. Pour les non-bénéficiaires et d'après leurs réponses, ce taux s'élève à 32 pour-cent.

4 pour-cent des malades bénéficiaires ont été traités à l'hôpital régional (cas référés par le CSC) contre 8 pour-cent des non-bénéficiaires. Interrogés sur ce point, l'infirmier du CSC et le médecin-chef de l'hôpital ont expliqué que les bénéficiaires recourent plus rapidement et directement au CSC d'où une prise en charge de la maladie précoce, contrairement aux non-bénéficiaires. Ces derniers arrivent souvent au CSC dans un état grave et nécessitent une référence plus fréquente vers l'hôpital.

Cette utilisation plus faible des services de santé secondaires par les bénéficiaires ne traduit pas un phénomène d'exclusion mais une utilisation plus rapide et efficace du niveau primaire.



Indicateur d'efficience

C.1: Produits financiers

Référence

Tome 1, page 112.

**Source
d'information**

CdR.

**Méthode
de calcul**

Le ratio produits financiers / produits totaux est calculé à partir des produits financiers du SA (tableau 1 cellule h) et du total des produits de l'exercice (tableau 1, cellule X), figurant dans le CdR.

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$C.1 = \frac{\text{Produits financiers}}{\text{Total produits}} \times 100$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), l'indicateur est égal à:

$$C.1 = (\text{cellule h}) / (\text{cellule X}) = (5\,000 / 1\,355\,000) \times 100 = \mathbf{0,37\%}$$



Indicateurs d'impact

I.1: Part des prestations prises en charge par le SA

Référence Tome 1, page 117.

Sources d'information

- Système d'information des prestataires.
- Fiche de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Registres de paiement des prestations.

Méthode de calcul

La formule de calcul de l'indicateur, pour chaque service offert, est la suivante, pour une période donnée:

$$I.1 = \frac{\text{Nombre de prestations Z prises en charge}}{\text{Nombre total de prestations Z réalisées par prestataire Y}} \times 100$$

Cet indicateur est utile à calculer:

- pour les prestations les plus courantes prises en charge par le SA;
- pour les prestataires les plus fréquentés par les bénéficiaires.

Exemple

Un hôpital Y a effectué durant la période considérée 200 prestations (2^e colonne) dont 122 ont été prises en charge par le SA (3^e colonne). L'indicateur I.1 est calculé pour chaque prestation dans la 4^e colonne.

Catégories de services	Nombre de prestations effectuées par le prestataire Y = A	Nombre de prestations prises en charge par le SA = B	Indicateur I.1 = B/A
Hospitalisations non programmées	80	50	62,5 %
Interventions chirurgicales	45	25	55,5 %
Interventions gynécologiques	55	35	63,6 %
Soins ambulatoires	20	12	60,0 %
Total	200	122	61,0 %

I.2: Apport financier du SA aux prestataires de soins

Référence Tome 1, page 117.

**Sources
d'information**

- Comptabilité des prestataires de soins autorisés par le SA.
- Outils comptables du SA.
- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Registre de paiement des prestations.

**Méthode
de calcul**

Cet indicateur est pertinent si le SA pratique le système du tiers-payant. L'objectif est de connaître l'incidence financière du SA sur les recettes totales d'un prestataire donné (ou de l'ensemble des prestataires).

Pour chaque prestataire (ou l'ensemble des prestataires) et pour une même période, il faut disposer des données suivantes:

- **X** = *montant total des versements effectués par le SA au prestataire.*
- **Y** = *recettes perçues par le prestataire sur la base des copaiements effectués par les bénéficiaires du SA. Cette information est à rechercher dans la comptabilité du prestataire.*
- **Z** = *recettes totales des prestataires durant la période considérée. Cette information est à rechercher auprès du prestataire.*

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$I.2 = \frac{X + Y}{Z} \times 100$$

1.3: Taux de couverture

Référence Tome 1, page 118.

Sources d'information

- Outils de gestion et de suivi des bénéficiaires du SA et de la population (tableaux 3 et 4).
- Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Listes de bénéficiaires (ou d'exclus).
- Etudes sociodémographiques menées au niveau local.

Méthode de calcul

Le taux de couverture de la population est calculé de la même façon que le taux de pénétration (M.5) en prenant la population totale de la zone d'intervention et non le public cible comme référence (dénominateur). Cet indicateur mesure la proportion de bénéficiaires au sein de la population totale de la zone d'intervention du SA.

$$I.3 = \frac{\text{Bénéficiaires}_{\text{Année N}}}{\text{Population zone}_{\text{Année N}}} \times 100$$

Exemple

Cet exemple reprend les données utilisées pour la construction du taux de pénétration (M.5) du SA de Kalto:

	Année N-2	Année N-1	Année N
Nombre total de bénéficiaires	948	1 529	1 705
Public cible	10 000	10 200	10 300
Population totale de la zone	150 000	152 000	153 000
Taux de pénétration	9,5 %	15,0 %	16,6 %
Taux de couverture de la population	0,6 %	1,0 %	1,1 %

Note d'analyse: cet exemple montre que malgré un taux de pénétration de 16,6 pour-cent, le « poids » du SA est très faible sur la population de sa zone d'intervention (1,1 pour-cent).

1.4 Répartition des bénéficiaires par catégorie

Référence Tome 1, page 119.

**Sources
d'information**

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Etudes sociodémographiques menées au niveau local.
- Enquêtes des ménages spécifiques mentionnant les informations par catégorie.

**Méthode
de calcul**

L'indicateur mesure et compare la part relative de certaines catégories de personnes au sein de l'ensemble des bénéficiaires d'un côté et de la population de la zone d'intervention d'un autre côté.

Le tableau ci-dessous présente une forme de répartir en catégories les bénéficiaires et la population de la zone d'intervention. D'autres catégories peuvent être retenues, par exemple, basées sur le revenu, la distance d'habitation du centre de santé (ou du SA) ou la profession.

	Population de la zone d'intervention		Bénéficiaires du SA		Analyse des écarts par catégorie
	Nombre	Répartition en %	Nombre	Répartition en %	%
<i>Total</i>					
Masculin					
Féminin					
0 - 5 ans					
5 - 15 ans					
15 - 45 ans					
45 ans et plus					

Exemple

Le tableau ci-dessous donne un exemple de répartition comparée des bénéficiaires du SA de Kalto et des membres de la population de la zone d'intervention en catégories constituées sur la base des âges et du sexe.

	Population de la zone d'intervention A		Bénéficiaires du SA B		Analyse des écarts par catégorie B - A
	Nombre	%	Nombre	%	%
Total	153 000	100	1 705	100	-
Masculin	75 000	49	887	52	+3
Féminin	78 000	51	818	48	-3
0 - 5 ans	15 300	10	188	11	+1
5 - 15 ans	38 250	25	409	24	-1
15 - 45 ans	68 850	45	682	40	-5
45 ans et plus	30 600	20	426	25	+5

Note d'analyse: les écarts de répartition, selon les catégories sélectionnées, entre bénéficiaires et membres de la population de la zone d'intervention sont relativement faibles. Il faut noter, toutefois, que la catégorie des plus de 45 ans est surreprésentée au sein des bénéficiaires.