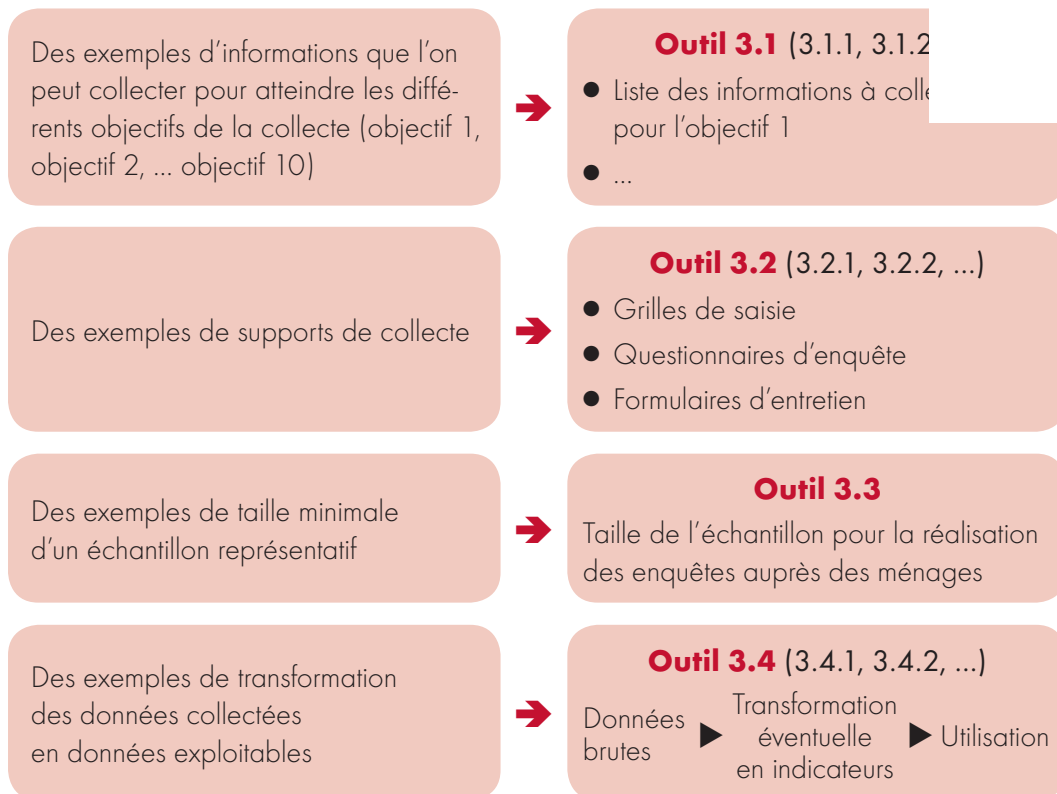


### 3. Outils pour effectuer la collecte et l'analyse des données

Les outils pour effectuer la collecte des données comportent:



#### 3.1 Listes des informations à collecter par objectif

##### Présentation des listes des informations à collecter par objectif: contenu et utilité

Les listes des informations par objectif sont au nombre de 10, une par objectif: la liste 3.1.1 correspond au premier objectif, «Connaitre le contexte»; la liste 3.1.2 correspond au deuxième objectif, «Préparer le choix de la population cible», etc.

Chaque liste propose des informations à collecter et les sources où ces informations peuvent être obtenues qu'elles soient statiques (recensement, étude, grilles de tarifs, etc.) ou dynamiques (ménages, personnel de santé, etc.).

La liste des informations par objectif est une aide pour définir une démarche de collecte et plus précisément établir le tableau stratégique de la collecte. Celui-ci comporte trois colonnes. Dans la première, on indique les objectifs poursuivis, dans la deuxième les informations recherchées et dans la troisième les sources d'informations utilisées. Pour plus de détails sur le tableau stratégique se reporter à:

► Remplir le tableau stratégique, étape 1: définir la démarche de collecte, tome 1, chapitre 3, page 33.

Certaines informations sont communes à plusieurs listes. Elles ont été reprises dans chacune des listes correspondantes. Cette présentation évitera à l'utilisateur de suivre des renvois d'une liste à une autre. Elle est conforme à l'organisation sous forme de boîte à outils du tome 2.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

**Précaution n° 1: toutes les listes ne sont pas utiles au comité de pilotage.** Le plus souvent, le comité de pilotage ne poursuit qu'un petit nombre d'objectifs parmi les 10. En outre, s'il choisit de conduire la collecte des informations en plusieurs phases, chaque phase consistera à rechercher les informations pour atteindre un nombre encore plus restreint d'objectifs. Le comité de pilotage n'utilisera donc qu'un petit nombre de listes.

**Précaution n° 2: toutes les informations proposées ne doivent pas être nécessairement recherchées.** Chaque liste propose un grand nombre d'informations. Cela ne signifie pas qu'elles doivent être toutes collectées pour atteindre chaque objectif. Dans certains cas les informations indiquées ne sont pas pertinentes compte tenu du contexte ou ne sont tout simplement pas disponibles. Une ou deux peuvent parfois suffire pour atteindre certains objectifs. Le comité de pilotage pourra effectuer, à partir des listes, une sélection pour ne retenir que les informations qui lui paraissent nécessaires.

**Précaution n° 3: les listes sont certainement incomplètes.** Elles gagneront à être enrichies. Chaque utilisateur pourra les personnaliser et les modifier en ajoutant des objectifs, des informations, avec une exigence: que les informations ajoutées soient utiles, exploitables et en quantité «juste suffisante».

### 3.1.1 Listes des informations à collecter pour l'objectif 1 «Connaître le contexte»

Cet objectif intéresse principalement les promoteurs étrangers au contexte comme les ONG internationales, les programmes de coopération, etc.

**Remarque:** L'étude du contexte ne doit pas prendre trop de temps dans la mesure où les informations collectées permettent principalement d'alimenter la réflexion.

#### Informations démographiques

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Effectif et taux de croissance de la population de la zone</li> <li>● Répartition de la population de la zone par tranches d'âge et par sexe</li> <li>● Part de la population vivant respectivement en milieu urbain, péri-urbain et rural</li> <li>● Existence de mouvements migratoires</li> <li>● Nombre moyen de membres par famille ou par ménage</li> <li>● Composition des familles: hommes, femmes, enfants, autres individus à charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recensements nationaux ou régionaux réalisés par l'Etat ou par d'autres institutions: centres d'appui aux producteurs, ONGs, etc.</li> <li>● Etudes socio-économiques</li> </ul>

### Informations économiques

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Principaux secteurs d'activités de la population de la zone et secteurs créateurs d'emplois</li> <li>● Taux de chômage et de sous-emploi de la zone, à comparer aux taux nationaux</li> <li>● Pourcentage d'emplois dans le secteur informel et mobilité entre le secteur informel et le secteur formel</li> <li>● Revenu moyen par habitant, disparités des revenus entre le milieu rural/urbain, entre les différents secteurs d'activité</li> <li>● Variations saisonnières des revenus</li> <li>● Apports des ressortissants vivant à l'étranger</li> <li>● Projets intervenant dans la zone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recensements nationaux ou régionaux</li> <li>● Etudes socio-économiques</li> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evolution du pouvoir d'achat: tendance, exemples, taux d'inflation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> <li>● Annuaire et rapports économiques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Salaire minimum dans la zone, s'il est défini légalement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Annuaire et rapports économiques</li> </ul>

### Informations sur l'offre de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organisation de l'offre de soins: pyramide sanitaire, rôle des organes de tutelle</li> <li>● Pour chaque échelon de la pyramide: nombre de prestataires disponibles, types de soins dispensés, part de l'offre de soins publique, privée, ou mise en place dans le cadre de programmes spéciaux</li> <li>● Répartition géographique de l'offre de soins: localités, distances entre les prestataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Carte sanitaire</li> <li>● Etudes sur la situation sanitaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Perception des différents prestataires de soins par la population</li> <li>● Suffisance ou insuffisance de l'offre de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> <li>● Entretiens avec les autorités sanitaires</li> </ul>

### Contexte sanitaire

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicateurs sanitaires: espérance de vie, taux de mortalité global et par maladie, taux de morbidité global et par maladie, taux de mortalité infantile et maternelle, taux de dénutrition</li> <li>● Principales affections et causes de décès en général et par âge/sexe: hommes, femmes, adolescents, enfants</li> <li>● Problèmes d'assainissement, d'accès à l'eau potable</li> <li>● Saisons les plus difficiles sur le plan sanitaire</li> <li>● Problèmes d'accès aux soins qu'ils soient géographiques, culturels ou financiers</li> <li>● Modalités de fonctionnement et de financement des frais de santé</li> <li>● Initiatives en matière de financement de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes sur la situation sanitaire</li> <li>● Entretiens avec les autorités sanitaires</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> </ul>

### Aspects sociaux

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Niveau d'éducation et d'alphabétisation</li> <li>● Formes d'organisations de la population: associations, tontines, groupements, coopératives, etc.</li> <li>● Exemples d'organisations récentes les plus représentatives</li> <li>● Pratiques d'entraide et de solidarité notamment pour faire face aux problèmes de santé, leur étendue (touchent-elles toute la population?), leur évolution (en déclin ou en expansion)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes socio-économiques</li> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> </ul>

### Environnement politique et institutionnel en matière de santé et de protection sociale

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grandes lignes de la politique nationale de santé: privatisation de l'offre de soins, financement du secteur, rôle accordé aux populations, politique du médicament</li> <li>● Degré d'application de cette politique</li> <li>● Dispositifs mis en place par l'Etat pour: contrôler et améliorer la qualité des soins au niveau local, améliorer l'accessibilité financière des services de santé</li> <li>● Existence d'un code de la mutualité, d'un code des assurances, d'un code de la sécurité sociale</li> <li>● Organisation actuelle de la protection sociale: pourcentage de la population couverte, caractéristiques des personnes couvertes (conditions d'accès), instruments et institutions impliqués, prestations en matière de santé, niveaux de contribution, existence d'une réforme de la sécurité sociale, etc.</li> <li>● Cadre légal pour la contractualisation avec l'offre de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cadre politique et juridique: textes de lois, décrets, codes</li> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> <li>● Entretiens avec les autorités sanitaires</li> </ul>

### 3.1.2 Listes des informations à collecter pour l'objectif 2 «Préparer le choix de la population cible»

Cet objectif intéresse particulièrement les promoteurs qui ont à choisir la population cible du futur système. Celle-ci peut être définie sur une base géographique: population de certains quartiers ou villages, de l'aire de responsabilité de certaines formations sanitaires, etc. Elle peut aussi être définie sur une base socio-économique ou socioprofessionnelle: membres d'un syndicat, d'une coopérative agricole, clients d'une institution de microfinance, salariés d'une entreprise, etc.

Le choix de la population cible prend généralement en compte à la fois les besoins des populations, en donnant la priorité aux populations dont les besoins de couverture sont les plus importants, et la probabilité de succès du projet, en donnant la priorité aux populations offrant au projet le plus de chances de succès. Un arbitrage est parfois effectué car ces critères

peuvent être pour une part antinomiques. L'ensemble des critères de faisabilité doit être pris en compte. Ne sont repris ici que les principaux.

Les informations collectées permettent aussi de comprendre les comportements de recours aux services de santé et les modalités de financement de l'accès aux soins avant la mise en place du système de micro-assurance santé. Ces informations sur la situation initiale pourront être utilisées ultérieurement pour mesurer l'impact du système.

### **Qualité objective des formations sanitaires utilisées par la population cible**

Il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable. La qualité des formations sanitaires doit répondre aux normes fixées par la politique sanitaire nationale.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conformité de l'état des bâtiments, de l'équipement, de la qualification du personnel soignant</li> <li>● Couverture effective = pourcentage de patients traités selon l'ordinogramme</li> <li>● Disponibilité en médicaments = pourcentage de jours sans rupture de stocks en médicaments essentiels</li> <li>● Plages horaires d'ouverture</li> <li>● Existence d'un système de garde en dehors des horaires d'ouverture</li> <li>● Durée moyenne d'attente</li> <li>● Surcharge au niveau d'un service = pourcentage de temps consacré par les médecins à un service par rapport au temps total consacré à l'ensemble des services</li> <li>● Taux d'occupation moyen des lits = <math>100 \times \text{nombre de journées d'hospitalisation} / (\text{nombre de lits} \times \text{nombre de jours dans la période considérée})</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoring</li> </ul>

### **Accès à la formation sanitaire**

L'accès à la formation sanitaire est mesuré grâce au taux de fréquentation par zone d'habitation. Celui-ci est calculé à partir du nombre de nouveaux cas parmi les utilisateurs issus d'une zone d'habitation et de la taille de la population de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire de cette zone d'habitation.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre de nouveaux cas par zone d'habitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité ou registres des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taille de la population de chaque zone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recensements régionaux</li> </ul>

### **Dynamique de développement socio-économique au sein de la population cible**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Activités génératrices de revenus monétaires: commercialisation de la production agricole, commerce, etc.</li> <li>● Niveaux de revenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes socio-économiques</li> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> </ul>

### Aspects sociaux et organisationnels

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Niveau d'éducation et d'alphabétisation</li> <li>● Formes d'organisations de la population: associations, tontines, groupements, coopératives, etc.</li> <li>● Exemples d'organisations récentes les plus représentatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes socio-économiques</li> <li>● Entretiens avec les autorités locales</li> </ul>
<p>Pour chaque organisation identifiée:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Taille: nombre de membres et de bénéficiaires</li> <li>● Existence ou non d'un système de cotisations</li> <li>● Gestion ou non d'une caisse commune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les responsables des organisations de la société civile</li> </ul>

### Pratiques d'entraide en cas de maladie

Informations	Sources
<p>Pour chaque organisation et groupe identifiés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence d'une entraide en cas de maladie</li> <li>● Type de collecte effectuée en cas de maladie: spontanée, systématique ou organisée</li> <li>● Nature de l'aide: don, prêt sans intérêt, prêt avec intérêt</li> <li>● Montant de l'aide: obligation de moyens ou de résultats</li> <li>● Modes d'alimentation de la caisse de prévoyance quand elle existe: cotisations, renflouements après chaque débours, taux d'intérêt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les responsables des organisations de la société civile</li> </ul>

### Comportements de recours et modes de financement de l'accès aux soins<sup>2</sup>

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comportements de recours aux services de santé</li> <li>● Modes de financement des dépenses de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> </ul>

<sup>2</sup> Comprendre les comportements de recours (automédication, recours aux tradipraticiens, etc.) avant le démarrage du système de micro-assurance santé permet ultérieurement de mesurer l'impact du système sur ces comportements. De même, comprendre les modes de financement des dépenses de santé (liquidation de l'épargne, vente d'un bien, recours à l'aide de la famille, recours au crédit, etc.), permet ensuite de mesurer l'impact du système sur les difficultés financières liées à la santé. Toutefois, ces informations sur la situation initiale ne sont pas a priori utilisées comme critères de choix de la population cible.

### 3.1.3 Listes des informations à collecter pour l'objectif 3 «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires»

Il s'agit des prestataires dont les services de santé seront couverts par le système.

Cet objectif intéresse les promoteurs qui souhaitent passer des accords avec des prestataires de soins: accords sur les prix, sur les procédures d'accueil des assurés, sur les protocoles thérapeutiques, sur les modes de paiement (paiement à l'acte ou paiement forfaitaire) ou accord de tiers payant.

Cet objectif intéresse également les promoteurs qui, sans passer d'accords particuliers avec les prestataires, souhaitent sélectionner ceux dont les services seront couverts par le système. Cette sélection préalable permet d'éviter une escalade des coûts lorsque les assurés privilégient les prestataires de soins les plus chers et de garantir que les services de santé couverts par le système de micro-assurance santé soient de qualité acceptable.

Dans un contexte où plusieurs formations sanitaires sont en situation de concurrence, la sélection des prestataires de soins partenaires est généralement effectuée sur des critères de disponibilité, de qualité et de coût.

**Remarque:** Lorsque l'offre de soins est en situation de monopole la question du choix ne se pose pas. Lorsque l'offre de soins est insuffisante, l'organisation promotrice du système ou la structure d'appui peuvent envisager de créer de nouvelles formations sanitaires.

Les informations collectées permettent aussi de dresser un rapide état des lieux de l'offre de soins qui peut servir de référence pour mesurer l'impact ultérieur du système.

#### Informations sur l'offre de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Répartition géographique de l'offre de soins: localités, distances entre les prestataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Carte sanitaire</li> <li>● Etudes sur la situation sanitaire</li> </ul>
Monographie par prestataire de soins: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Echelon de la pyramide sanitaire</li> <li>● Nature: prestataire public, privé ou mis en place dans le cadre d'un programme spécial</li> <li>● Localité</li> <li>● Types de soins dispensés</li> <li>● Tarifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes sur la situation sanitaire</li> </ul>

#### Qualité objective des formations sanitaires

Elle doit répondre aux normes fixées par la politique sanitaire nationale.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conformité de l'état des bâtiments, de l'équipement, de la qualification du personnel soignant</li> <li>● Couverture effective = pourcentage de patients traités selon l'ordinogramme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoring</li> </ul>

### Qualité objective des formations sanitaires (suite)

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponibilité en médicaments = pourcentage de jours sans rupture de stocks en médicaments essentiels</li> <li>● Plages horaires d'ouverture</li> <li>● Existence d'un système de garde en dehors des horaires d'ouverture</li> <li>● Durée moyenne d'attente</li> <li>● Surcharge au niveau d'un service = pourcentage de temps consacré par le personnel soignant à un service par rapport au temps total consacré à l'ensemble des services</li> <li>● Taux d'occupation moyen des lits = <math>100 \times \text{nombre de journées d'hospitalisation} / (\text{nombre de lits} \times \text{nombre de jours dans la période considérée})</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoring</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rationalisation des schémas thérapeutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>

### Qualité perçue des formations sanitaires

C'est la qualité perçue par les usagers. Elle peut différer fortement de la qualité objective.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Qualité de l'accueil</li> <li>● Personnel soignant: compétences, capacité d'écoute et de compassion, existence de personnel soignant féminin</li> <li>● Ensemble du personnel: honnêteté, confidentialité</li> <li>● Durée moyenne d'attente</li> <li>● Plages horaires d'ouverture</li> <li>● Présence effective du personnel pendant les heures d'ouverture/personnel en nombre suffisant</li> <li>● Disponibilité en médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> <li>● Enquêtes auprès des patients</li> </ul>

### Fréquentation

Plus la fréquentation d'une formation sanitaire est élevée, plus on peut penser que les services de santé de cette formation sont accessibles, de bonne qualité et bien perçus par les usagers.

La fréquentation d'une formation sanitaire est mesurée à l'aide du taux de fréquentation qui est calculé à partir du nombre de nouveaux cas et de la taille de la population de l'aire de responsabilité:  $\text{Taux de fréquentation} = 100 \times \text{Nombre de nouveaux cas} / \text{Population}$ .

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre de nouveaux cas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité ou registres des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taille de la population de l'aire de responsabilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recensements régionaux</li> </ul>



### **Mise en place de certains services de santé dans le cas d'une insuffisance de l'offre de soins**

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

Ces activités ne relèvent pas stricto sensu du champ de la micro-assurance. Elles demandent des compétences spécifiques et un apport financier important. Il est donc préférable qu'elles soient gérées par une structure juridique distincte du système de micro-assurance santé et que leur mise en place soit financée par des mécanismes spécifiques.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estimation des coûts de mise en place et de fonctionnement</li> <li>● Ressources locales, notamment personnel de santé disponible</li> <li>● Aspects administratifs (autorisations)</li> </ul>	<p>La mise en place de ce type d'activités ne fait pas l'objet du présent guide. Pour plus de détails, se reporter au guide et manuel:</p> <p>► <i>Evaluer la viabilité des centres de santé, coédité par Afvp, CIDR, ReMeD, Medicus Mundi, et le Ministère français de la coopération, 1997.</i></p>

### **3.1.4 Listes des informations à collecter pour l'objectif 4 «Préparer le choix des services de santé à couvrir»**

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. Les critères de choix peuvent varier selon les types d'organisation. Les organisations de la société civile ou leurs structures d'appui privilégient souvent les services répondant aux besoins sanitaires des ménages qu'ils soient ressentis, exprimés ou non, et dont l'utilisation peut poser des problèmes financiers. Elles doivent veiller à prendre en compte les besoins généraux de la population mais aussi les besoins spécifiques des différents groupes qui composent cette population: les femmes, les hommes, les enfants, les adolescents, les travailleurs de certains secteurs, les habitants de certains villages, etc. Les prestataires de soins peuvent privilégier les services qui leur posent le plus de problèmes de recouvrement et/ou de financement.

#### **Panorama des services de santé**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Liste des services dispensés dans les formations sanitaires</li> <li>● Tarifs officiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grilles de tarifs des formations sanitaires</li> </ul>

**Services de santé prioritaires sur le plan des besoins sanitaires (réels, ressentis) et services dont l'accès est difficile pour des raisons financières**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Besoins réels: services de santé préventifs et curatifs qui permettent de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité</li> <li>● Moyens actuels d'évacuation des malades vers les échelons supérieurs et besoins en la matière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes sur la situation sanitaire</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Besoins exprimés par la population: services préventifs et curatifs mais aussi frais de transport, achat de petit matériel, etc.</li> <li>● Difficultés exprimées par la population: exclusion temporaire, partielle, totale d'un service de santé</li> <li>● Difficultés exprimées par la population face à différents niveaux de dépenses de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> </ul>

**Besoins spécifiques de certains sous-groupes de la population**

La prise en charge de certains services pourra être proposée en option si ces services n'intéressent qu'une partie de la population cible.

**Exemple:** Le service d'évacuation des malades vers l'hôpital de référence intéresse a priori surtout les populations éloignées de l'hôpital.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identification des sous-groupes de la population ayant des besoins spécifiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mise en évidence des besoins spécifiques de ces sous-groupes</li> </ul> <p>On identifie les services prioritaires au sein de groupes homogènes: habitants d'un même village, individus d'une classe d'âge, etc.</p> <p><b>Exemple de résultat:</b> Le service de transport en urgence enregistre des scores particulièrement élevés chez les populations habitant à plus de 15 kilomètres de l'hôpital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> </ul>

**Services de santé prioritaires car faisant l'objet de problèmes de recouvrement et/ou de financement**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problèmes d'impayés</li> <li>● Sous-utilisation de certains services ou équipements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité ou registres des formations sanitaires</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>

### 3.1.5 Listes des informations à collecter pour l'objectif 5 «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant»

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. Le tiers payant est plus commode pour les patients mais il suppose la mise en place de mécanismes de gestion spécifiques. Il contribue en outre à accroître la consommation médicale des patients: dans la mesure où ceux-ci ont moins à déboursier, ils sont tentés de consommer «plus». Il induit par conséquent un niveau de cotisation plus élevé. Pour maintenir la cotisation à un niveau acceptable, on peut ne proposer le tiers payant que pour un nombre limité de services.

La sélection des services de santé faisant l'objet du tiers payant peut être effectuée sur des critères de coût des services et de degré d'urgence et/ou d'imprévu caractérisant l'utilisation de ces services.

**Exemple:** L'hospitalisation d'un blessé accidenté est à la fois imprévue et urgente.

#### Critères de sélection des services faisant l'objet du tiers payant

Informations	Sources
● Besoins objectifs: coût des services, degré d'urgence et/ou d'imprévu caractérisant l'utilisation de ces services	● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires
● Besoins exprimés par la population	● Enquêtes auprès des ménages

### 3.1.6 Listes des informations à collecter pour l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible»

Pour pouvoir être couvert par le système de micro-assurance santé et faire bénéficier leurs ayants droit de la couverture, les adhérents doivent payer une cotisation. Pour calculer la cotisation individuelle totale, on doit d'abord calculer la cotisation individuelle correspondant à chaque service couvert. Ensuite on additionne les cotisations par service et on obtient la cotisation totale d'un individu.

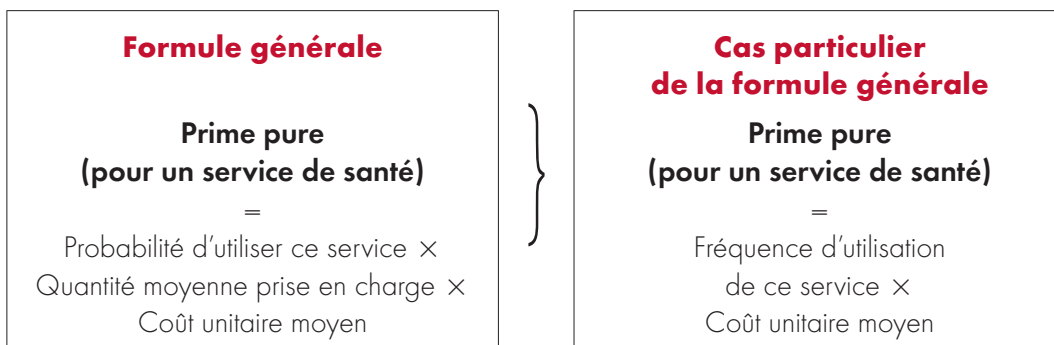
La cotisation individuelle correspondant à un service est la somme de plusieurs éléments:

- la prime pure (pour ce service);
- la charge de sécurité (pour ce service);
- les coûts unitaires de fonctionnement;
- l'excédent unitaire.

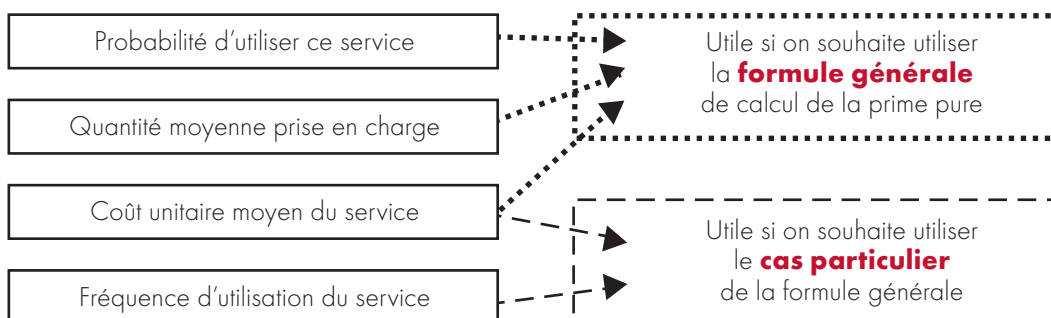
Pour plus de détails se reporter à:

► Schéma du calcul de la cotisation, étape 5: choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes, tome 1, chapitre 4, page 54.

La collecte des données sert uniquement à rechercher les informations qui vont permettre de calculer la prime pure. Il existe deux formules de calcul de la prime pure: la formule générale et un cas particulier de cette formule. Ces formules sont les suivantes:



Le présent outil (3.1.6) liste les informations à collecter pour calculer pour chaque service de santé les indicateurs entrant dans le calcul de la prime pure:



**Avantages comparatifs des deux formules**

La formule générale permet de calculer la prime pure quel que soit le niveau de prise en charge: 100% des dépenses engagées, ticket modérateur, franchise, plafond, etc. Le cas particulier de la formule générale ne permet pas de calculer la prime pure lorsque la garantie prévoit une limitation de la quantité de services de santé pris en charge, comme la prise en charge de la consultation prénatale limitée à 3 CPN par personne et par an, ou la prise en charge des frais de séjour à l'hôpital avec une franchise du premier jour d'hospitalisation. En revanche, le cas particulier est d'utilisation plus simple.

La formule générale s'appuie sur la probabilité de consommer le service de santé. Il sera vu que la probabilité permet aussi de calculer de manière très précise la charge de sécurité. Par conséquent, utiliser la formule générale présente un avantage supplémentaire, celui de pouvoir calculer avec précision la charge de sécurité.

**Important.** Les données collectées concernent l'utilisation passée des services de santé par une population qui, le plus souvent, ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance santé. Si on utilise telles quelles les données collectées, la valeur de la prime pure obtenue risque d'être sous-évaluée en première année. C'est pourquoi pour le calcul de la probabilité ou de la fréquence d'utilisation d'un service de santé, on utilise la proportion **attendue** de malades ayant recours à la formation sanitaire et non la proportion actuelle.

**Liste des informations nécessaires pour calculer la probabilité  
(→ utile si l'on utilise la formule générale)**

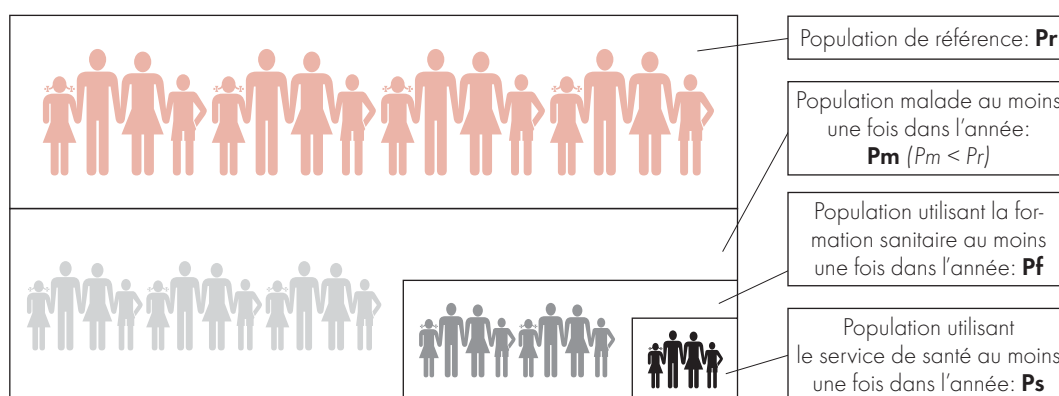
**1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires**

La probabilité d'utiliser le service de santé est le nombre de personnes utilisant le service de santé au moins une fois dans l'année divisé par la population de référence =  $P_s/P_r$ .

La probabilité ( $P_s/P_r$ ) peut en réalité être décomposée de la manière suivante:

$$P_s/P_r = P_m/P_r \times P_f/P_m \times P_s/P_f$$

- $P_m/P_r$  est le nombre de personnes malades au moins une fois dans l'année divisé par la population de référence. C'est donc la probabilité d'être malade.  $P_m/P_r$  est toujours inférieur ou égal à 100%.
- $P_f/P_m$  est la proportion **attendue** de malades ayant recours à la formation sanitaire (N.B.: la proportion attendue est supérieure à la proportion actuelle dans l'hypothèse où la mise en place du système de micro-assurance santé contribue à réduire les exclusions financières).
- $P_s/P_f$  est la proportion d'utilisateurs du service de santé au sein des utilisateurs de la formation sanitaire.



Pour calculer la probabilité d'utiliser le service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- probabilité d'être malade ( $P_m/P_r$ );
- proportion **actuelle** de malades ayant recours à la formation sanitaire (l'étude des comportements de recours et de non-recours permet d'estimer la proportion attendue à partir de la proportion actuelle);
- proportion d'utilisateurs du service de santé au sein des utilisateurs de la formation sanitaire ( $P_s/P_f$ ).

*Sources d'informations:*

- la probabilité d'être malade peut être obtenue par le biais d'enquêtes auprès des ménages à l'aide d'une question sur le nombre de membres de la famille malades au moins une fois au cours d'une période donnée;
- la proportion actuelle de malades ayant recours à la formation sanitaire peut également être obtenue à partir d'enquêtes auprès des ménages, à l'aide d'une question sur les comportements de recours en cas de maladie;
- la proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire peut être obtenue à partir des registres ou rapports d'activité des formations sanitaires.

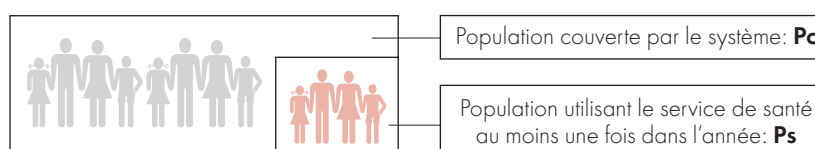
Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Probabilité d'être malade (<math>P_m/P_r</math>), c'est-à-dire le nombre de personnes malades au moins une fois dans l'année divisé par la taille de la population enquêtée</li> <li>● Proportion actuelle de malades ayant recours à la formation sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire (<math>P_s/P_f</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires</li> </ul>

## 2. Autre méthode de collecte et de calcul de la probabilité: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

La probabilité d'utiliser un service de santé peut également être obtenue à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants, lorsque de tels systèmes ont été mis en place auprès d'une population cible similaire.

La probabilité d'utiliser le service de santé est le nombre de personnes utilisant au moins une fois le service de santé dans l'année parmi les personnes couvertes par le système (les adhérents et leurs ayants droit) =  $P_s/P_c$



Pour calculer la probabilité de consommer le service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- population totale couverte par le système ( $P_c$ );
- nombre de personnes couvertes ayant utilisé au moins une fois dans l'année le service de santé ( $P_s$ ).

Sources d'informations: système d'information du système de micro-assurance santé, notamment les registres et tableaux de bord relatifs aux prestations et aux adhésions.

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Population totale couverte par le système (<math>P_c</math>)</li> <li>● Nombre de personnes couvertes ayant utilisé au moins une fois dans l'année le service de santé (<math>P_s</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Système d'information d'un système de MAS préexistant</li> </ul>

**Liste des informations nécessaires pour calculer la quantité moyenne prise en charge (→ utile si l'on utilise la formule générale)**

Parmi les personnes utilisant au moins une fois le service de santé dans l'année, certaines l'utilisent une fois, d'autres deux fois, d'autres trois fois, etc.

Pour calculer la quantité consommée, on doit collecter le nombre d'utilisations du service pour chaque patient.

Ces informations peuvent être obtenues:

- en dépouillant les registres et rapports d'activité des formations sanitaires;
- ou bien en effectuant le suivi d'un échantillon de patients;
- ou bien à partir des données de gestion d'un système de micro-assurance santé préexistant.

Quelle que soit la source d'information, au moment de la collecte on dresse un tableau de synthèse avec, d'un côté, le nombre de fois où le service a été utilisé (1 fois, 2 fois, etc.), ou bien le nombre d'unités consommées (un jour, deux jours, etc., dans le cas de l'hospitalisation), et de l'autre le nombre de patients concernés:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	...
Nombre de patients concernés						

Cette forme de présentation faisant apparaître le détail du nombre de patients concernés pour chaque nombre de fois où le service a été utilisé permet de calculer la quantité moyenne prise en charge.

Le calcul de la quantité moyenne prise en charge sera effectué au moment du calcul de la prime pure au cours de la phase de construction du système (voir 4.5.2, page 133).

*Tableau récapitulatif des informations et des sources*

Informations	Sources
● Nombre d'utilisations du service de santé par utilisateur et par an	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires</li> <li>● ou suivi d'un échantillon de patients</li> <li>● ou système d'information d'un système de MAS préexistant</li> </ul>

**Liste des informations nécessaires pour calculer le coût unitaire moyen (→ utile quelle que soit la formule de calcul utilisée)**

L'utilisation d'un service de santé peut coûter plus ou moins cher. Le coût de la consultation peut ainsi varier entre une formation sanitaire publique (en général, coût faible) et un prestataire privé. Le montant d'une ordonnance de médicaments peut être plus ou moins élevé en fonction du nombre de médicaments prescrits et de leurs tarifs respectifs.

Pour calculer le coût unitaire moyen, on doit donc collecter pour chaque utilisation du service de santé, le coût unitaire de l'utilisation.

Ces informations peuvent être obtenues:

- en dépouillant les registres et rapports d'activité des formations sanitaires;
- ou bien en effectuant le suivi d'un échantillon de patients;
- ou bien à partir des données de gestion d'un système de micro-assurance santé préexistant.

Quelle que soit la source d'information, au moment de la collecte on dresse un tableau de synthèse avec d'un côté le coût du service (1000 UM, 1200 UM, 1500 UM, etc.) et de l'autre le nombre de fois où ce coût a été observé:

Coût du service	1000	1200	1500	1800	2000	...
Nombre d'utilisations	10	25	50	10	5	

Cette forme de présentation faisant apparaître le détail du nombre d'utilisations pour chaque niveau (ou tranche) de coût permet de calculer le coût unitaire moyen pris en charge quel que soit le mode d'expression de la garantie (y compris forfaits/plafonds et franchises monétaires).

Lorsque l'on connaît le taux de prévalence\* par pathologie et le coût des services par pathologie, on peut dresser le tableau de synthèse suivant (les chiffres sont totalement fictifs):

Pathologie	Paludisme	Troubles respiratoires	Diarrhée	...
Taux de prévalence	10%	15%	9%	
Coût moyen de la consultation	500	500	500	
Coût moyen de l'ordonnance	700	1000	300	
Coût moyen des analyses	500	600	500	

Cette forme de présentation ne permet pas cependant de calculer le coût unitaire moyen pour tous les modes d'expression de la garantie (peu adaptée dans le cas de forfaits/plafonds et franchises monétaires).

Le calcul du coût unitaire moyen pris en charge sera effectué au moment du calcul de la prime pure au cours de la phase de construction du système (voir 4.5.2 a), page 137).

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coût unitaire de l'utilisation du service de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires</li> <li>● ou suivi d'un échantillon de patients</li> <li>● ou système d'information d'un système de MAS préexistant</li> </ul>



**Liste des informations nécessaires pour calculer la fréquence**  
 (→ utile si l'on utilise le cas particulier de la formule générale)

**1. Méthode de collecte et de calcul conseillée: à partir d'enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires**

La fréquence d'utilisation du service de santé est le nombre de fois où le service a été utilisé dans l'année divisé par la population de référence =  $N_s/Pr$ .

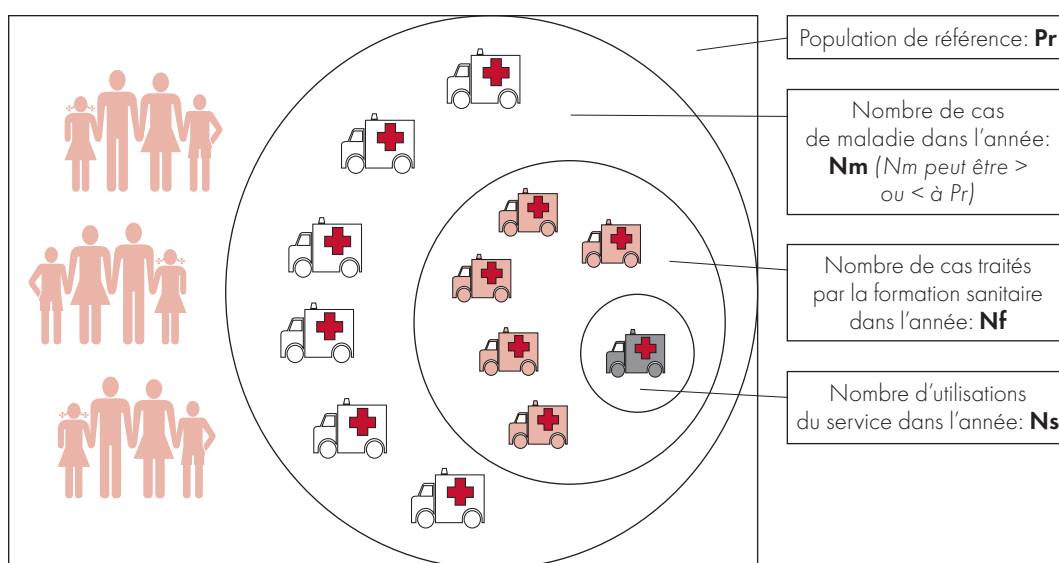
Les informations nécessaires au calcul de la fréquence d'utilisation peuvent être à première vue obtenues à partir des registres et rapports d'activité des formations sanitaires concernées. Dans ce cas la population de référence est celle de l'aire d'attraction de la formation sanitaire, qui peut être d'ailleurs différente de la population de son aire administrative.

Cependant, la fréquence d'utilisation du service calculée à partir des données des formations sanitaires risque d'être sous-évaluée. En effet la mise en place du système de micro-assurance santé va vraisemblablement contribuer à accroître l'utilisation des services couverts, en raison d'une réduction des exclusions financières. Pour estimer la fréquence d'utilisation **attendue** du service de santé il est donc nécessaire de tenir compte des comportements de recours et de non recours de la population cible. Pour cela, une partie des données doit être collectée auprès des ménages.

La fréquence ( $N_s/Pr$ ) peut en réalité être décomposée de la manière suivante:

$$N_s/Pr = N_m/Pr \times N_f/N_m \times N_s/N_f \text{ où:}$$

- $N_m/Pr$  est le nombre de cas de maladie dans l'année divisé par la population de référence; c'est donc la fréquence des maladies dans la population de référence;  $N_m/Pr$  peut être inférieur ou supérieur à 100%;
- $N_f/N_m$  est la proportion **attendue** de cas de maladie traités au sein de la formation sanitaire parmi l'ensemble des cas de maladie (N.B. la proportion attendue est vraisemblablement supérieure à la proportion actuelle compte tenu de la réduction des exclusions financières liée à la mise en place du système de micro-assurance santé);
- $N_s/N_f$  est la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire.



Pour calculer la fréquence d'utilisation du service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- nombre de cas de maladie dans la population de référence ( $N_m$  et  $Pr$ );

- proportion **actuelle** de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire (l'étude des comportements de recours et de non-recours permet d'estimer la proportion attendue à partir de la proportion actuelle);
- part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire ( $N_s/N_f$ ).

Sources d'informations:

- le nombre de cas de maladie dans la population de référence peut être obtenu par le biais d'enquêtes ménages à l'aide d'une question sur le nombre de cas de maladie survenus sur une période donnée parmi les membres de la famille;
- la proportion de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire peut également être obtenue à partir d'enquêtes auprès des ménages à l'aide d'une question sur les comportements de recours en cas de maladie;
- la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire peut être obtenue à partir des registres ou rapports d'activité des formations sanitaires.

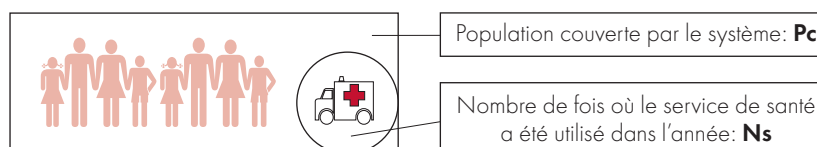
Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre de cas de maladie dans la population enquêtée (<math>N_m/Pr</math>)</li> <li>● Proportion de cas de maladie traités par la formation sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire (<math>N_s/N_f</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires</li> </ul>

## 2. Autre méthode de collecte et de calcul de la fréquence: à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants

La fréquence d'utilisation d'un service de santé peut également être obtenue à partir des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants, lorsque de tels systèmes ont été mis en place auprès d'une population cible similaire.

La fréquence d'utilisation du service de santé est le nombre de fois où le service a été utilisé dans l'année parmi les personnes couvertes par le système (les adhérents et leurs ayants droit) =  $N_s/P_c$



Pour calculer la fréquence d'utilisation du service de santé, on doit donc collecter les informations suivantes:

- population totale couverte par le système ( $P_c$ );
- nombre de fois où le service de santé a été utilisé dans l'année ( $N_s$ ).

Sources d'informations: système d'information du système, notamment les registres et tableaux de bord relatifs aux prestations et aux adhésions.

Tableau récapitulatif des informations et des sources

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Population totale couverte par le système (Pc)</li> <li>● Nombre de fois où le service de santé a été utilisé dans l'année (Ns)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Système d'information d'un système de MAS préexistant</li> </ul>

### 3.1.7 Listes des informations à collecter pour l'objectif 7 «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires»

La cotisation individuelle doit permettre de couvrir (en totalité ou en partie) les coûts de fonctionnement des formations sanitaires, répartis sur chaque individu. Il s'agit donc d'estimer les coûts de fonctionnement totaux des formations sanitaires et de les diviser par le nombre d'utilisateurs attendu.

**Remarque:** Dans certains cas, il est possible d'estimer les coûts de fonctionnement par branche d'activité de la formation sanitaire. L'estimation des coûts par branche est plus fine et laisse plus de possibilités lors du choix des services à couvrir. On peut ainsi décider de ne couvrir qu'une partie des services de la formation sanitaire.

**Exemple:** Pour un hôpital, il est possible d'estimer les coûts de fonctionnement du service «Maternité – Obstétrique», du service «Chirurgie», du service «Consultations ambulatoires», etc.

#### Coûts fixes prévisionnels de la formation sanitaire

Les coûts fixes prévisionnels sont estimés à partir des coûts fixes actuels et des charges supplémentaires prévues pour l'exercice suivant: investissements, recrutements, etc.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coûts fixes actuels: amortissement des équipements et du matériel, entretien des bâtiments et du matériel, coûts de personnel, coûts de formation, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Données comptables des formations sanitaires</li> </ul>

#### Coûts variables prévisionnels de la formation sanitaire<sup>3</sup>

Les coûts variables prévisionnels sont estimés à partir des coûts variables actuels, de l'estimation du taux de pénétration du système et de différents taux de croissance liés à la mise en place du système.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coûts variables actuels, c'est-à-dire liés au nombre d'utilisateurs: achat de médicaments, de consommables, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Données comptables des formations sanitaires</li> </ul>

<sup>3</sup> Souvent, dans les systèmes de micro-assurance santé mis en place par les prestataires de soins, l'assurance ne couvre pas les coûts variables comme les médicaments ou les produits consommables qui restent à la charge de l'utilisateur.

### Nombre prévisionnel d'utilisateurs

Le calcul de la cotisation est effectué à partir des coûts fixes et variables prévisionnels et du nombre d'utilisateurs attendu. Ce dernier est obtenu à partir du nombre d'utilisateurs actuels, chaque utilisateur étant comptabilisé une seule fois même s'il utilise la formation sanitaire plusieurs fois dans l'année, et de l'estimation du taux de croissance du nombre d'utilisateurs.

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre d'utilisateurs actuels, chaque utilisateur étant comptabilisé une seule fois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapports d'activité et registres des formations sanitaires</li> </ul>

### 3.1.8 Listes des informations à collecter pour l'objectif 8 «Evaluer la disposition à payer de la population cible»

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. La disposition à payer de la population cible (ce que les individus sont prêts à payer) permet de définir un montant maximum de cotisation à ne pas dépasser. Lorsque les revenus sont saisonniers, la disposition à payer peut être importante à certains moments de l'année et quasi nulle à d'autres périodes. Il est souhaitable que le versement de la cotisation s'adapte à ces variations. La prise en compte de la disposition à payer dans le choix des niveaux et de la périodicité des cotisations conditionne le succès du système en termes d'adhésion et de recouvrement des cotisations.

**Remarque:** L'objectif n'est pas ici de déterminer le montant de la cotisation. Il s'agit d'identifier une fourchette de cotisation qui pourra servir de référence lors de l'élaboration des différents scénarios dans le cadre de la faisabilité financière. En outre, les intentions de contribution exprimées par la population cible doivent être prises avec précaution. Ainsi, ce n'est pas parce que 90% des personnes interrogées proposent un montant de 50 UM par mois et par personne qu'elles adhèreraient effectivement à une assurance pour ce montant. D'autres facteurs influent également sur les adhésions, tels que l'intérêt des services offerts, la compréhension du système, la qualité des services de santé couverts, la confiance, etc.

### Montant de la cotisation et saisonnalité de la disposition à payer

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intentions de contribution exprimées par la population</li> <li>● Saisonnalité de la disposition à payer en liaison avec la saisonnalité des revenus</li> <li>● Groupes homogènes en termes de disposition à payer, avec pour chaque groupe, le niveau de disposition à payer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des ménages</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Niveaux de contribution actuels dans le cadre d'autres organisations de la société civile mettant en jeu des cotisations périodiques (coopératives, associations, systèmes de micro-assurance santé) et périodicité du paiement de ces cotisations (mensuelle, au moment des récoltes, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etudes socio-économiques</li> <li>● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile</li> <li>● Autres systèmes de micro-assurance santé</li> </ul>

### 3.1.9 Listes des informations à collecter pour l'objectif 9 «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques»

Cet objectif intéresse les promoteurs qui envisagent de négocier des accords de partenariat avec les prestataires de soins. Il peut s'agir d'accords sur les prix, sur les procédures d'accueil des assurés, sur les protocoles thérapeutiques, sur le mode de paiement des services de santé (à l'acte ou forfaitaire). Il peut s'agir aussi d'un accord de tiers payant. Dans ce cas, il s'agit également de se mettre d'accord sur les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au paiement. L'expérience montre que ces accords sont souvent informels; ils peuvent toutefois être formalisés dans des conventions. Il s'agit de savoir quels seront les interlocuteurs du système au moment de la préparation des accords et sur quels points les accords pourront porter: tarifs, normes de qualité, etc.

Cet objectif intéresse aussi les promoteurs qui envisagent de financer l'évacuation des malades d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire et souhaitent pour cela passer un accord tarifaire avec les associations ou les syndicats de transporteurs.

Cet objectif intéresse enfin les promoteurs qui souhaitent promouvoir l'éducation à la santé et la prévention en direction de leurs adhérents en les faisant participer à un programme de prévention organisé par l'Etat, une ONG, une structure d'appui. Cette activité est complémentaire de celle de micro-assurance car la prévention et l'éducation en matière de santé permettent de réduire la prévalence de certaines maladies et par conséquent les dépenses du système de micro-assurance santé.

Dans certains pays l'Etat octroie des aides financières aux systèmes de micro-assurance santé: subvention des cotisations, offre de services d'appui à des tarifs avantageux, financement de fonds de garanties\*, etc. Il est important de se renseigner sur les possibilités qui existent.

#### Cadre légal pour la contractualisation avec les prestataires de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence d'un cadre légal, dispositions de ce cadre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les autorités sanitaires</li> <li>● Cadre politique et juridique</li> </ul>

#### Identification des interlocuteurs pour passer des accords avec les prestataires de soins

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organisation de la pyramide sanitaire</li> <li>● Responsabilités respectives des formations sanitaires et des organes de tutelle dans le fonctionnement courant des formations sanitaires: fixation des tarifs, des procédures d'accueil des patients, des règles d'approvisionnement en médicaments, des protocoles thérapeutiques, organisation de la gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Carte sanitaire</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> <li>● Entretiens avec les autorités sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mode de gestion de la structure sanitaire: existence d'un comité de gestion, autonomie de gestion, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>

### **Estimation des tarifs en vue de la définition de tarifs conventionnés**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tarifs officiels</li> <li>● Modes de tarification actuels des services de santé: montant par acte, montant pour un paquet de services comprenant un ou plusieurs actes selon les besoins du patient, montant par journée d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grilles de tarifs des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estimation des surtarifications éventuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des patients</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> <li>● Entretiens avec les ONG locales de lutte contre la corruption</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tarifs négociés par d'autres systèmes de micro-assurance santé dans la région avec des formations sanitaires comparables: rabais, formules avantageuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autres systèmes de micro-assurance santé</li> </ul>

### **Niveaux de qualité et fonctionnement des formations sanitaires en vue de la définition de normes de qualité**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etat des infrastructures et des équipements, besoins en équipements</li> <li>● Durée moyenne d'attente (objective, perçue), présence effective du personnel soignant (perçue), personnel en nombre suffisant</li> <li>● Disponibilité en médicaments (objective, perçue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoring</li> <li>● Enquêtes auprès des patients</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Procédures appliquées en matière de confidentialité des dossiers médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquêtes auprès des patients</li> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rationalisation des schémas thérapeutiques</li> <li>● Protocoles thérapeutiques utilisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>

### **Modes de paiement des prestataires de soins**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mode de tarification actuel des services de santé: forfait par acte, regroupement d'actes, journée d'hospitalisation, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grilles de tarifs des formations sanitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mode de paiement souhaité par la formation sanitaire: par acte, regroupement d'actes, journée d'hospitalisation, épisode de maladie, capitation (forfait annuel par personne couverte)</li> <li>● Fréquence souhaitée pour les paiements dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec le personnel de santé et les responsables des formations sanitaires</li> </ul>

### **Accords avec les transporteurs**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Possibilité d'un accord</li> <li>● Estimation des tarifs pour les trajets des évacuations</li> <li>● Possibilité d'un mécanisme de tiers payant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les transporteurs</li> </ul>

### **Participation à des programmes d'éducation à la santé et de prévention**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence de programmes d'éducation à la santé et de prévention, de mise à disposition de médicaments et de dépistage</li> <li>● Activités des programmes (dépistage, prévention, accès aux traitements) et pathologies concernées (infection par le VIH, tuberculose)</li> <li>● Modalités de la collaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les autorités sanitaires</li> <li>● Entretiens avec les responsables de programmes de prévention</li> </ul>

### **Aides financières publiques existantes et modalités d'octroi**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recensement des aides financières possibles</li> <li>● Modalités d'octroi (conditions à remplir)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cadre politique et juridique</li> </ul>

### **3.1.10 Listes des informations à collecter pour l'objectif 10 «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système»**

Cet objectif intéresse tout type de promoteur. Il s'agit d'identifier parmi les organisations de la société civile existantes, y compris d'éventuels systèmes de micro-assurance santé, des modes d'organisation astucieux ou des mécanismes de gestion efficaces. Pour celles ayant mis en place des réseaux, il s'agit d'en apprécier la densité.

Par ailleurs, des informations sur les taux de pénétration obtenus par d'autres systèmes de micro-assurance santé ou sur les pourcentages de frais de gestion, peuvent servir de référence lors du calcul des cotisations ou de l'établissement du budget prévisionnel du système de micro-assurance santé.

L'idée est donc de mettre à profit les expériences et les savoir-faire locaux.

### **Organisations en réseau**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence et caractéristiques du réseau, nombre d'antennes et localisation, activités des antennes, effectifs par antenne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile</li> </ul>

**Modes d'organisation**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Statut légal des organisations</li> <li>● Instances de décision, d'exécution et de contrôle</li> <li>● Rôle des membres des organisations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autres systèmes de micro-assurance santé</li> <li>● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile</li> </ul>

**Principales règles de gestion**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Règles d'adhésion</li> <li>● Mécanisme utilisé pour effectuer le recouvrement des cotisations et niveau de recouvrement obtenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autres systèmes de micro-assurance santé</li> <li>● Entretiens avec les responsables d'organisations de la société civile</li> </ul>

**Autres indicateurs**

Informations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taux de pénétration, pourcentage de frais de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autres systèmes de micro-assurance santé</li> </ul>