



4.2 Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture

Liste des services de santé habituellement couverts⁵

Les soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les postes de santé ou les centres de santé. Ils comportent :

- les soins préventifs et promotionnels qui comprennent les consultations pré- et postnatales, le suivi des nourrissons sains, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement. Un système de micro-assurance santé a tout intérêt à couvrir les soins préventifs afin de limiter la survenue des cas de maladie. Ainsi la prise en charge des consultations prénatales vise à prévenir les accouchements dystociques;
- les soins curatifs qui comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoire. Parfois on y adjoint la mise en observation (petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé) ou les accouchements assistés;
- la prise en charge des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, infection par le VIH, maladies cardiaques, hémophilie, etc.) et des soins à domicile*, éventuellement;
- la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition et leur récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés au cours de l'hospitalisation.

⁵ Il est également possible de couvrir des services de médecine traditionnelle à condition qu'il existe des moyens de formaliser et de contrôler les transactions (tarifs fixés, factures, etc.).

Les soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques, tels que la radiologie, et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation, soit lors d'une consultation externe.

Les soins et prothèses dentaires

Les soins et prothèses dentaires, dispensés par des cabinets privés, constituent le plus souvent un service à part. Certains systèmes de micro-assurance prennent en charge les soins dentaires (traitement des caries principalement), et parfois les prothèses (appareils amovibles, couronnes).

La lunetterie

Certains systèmes de micro-assurance santé prennent en charge les lunettes à condition qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste, c'est-à-dire un médecin spécialiste des troubles de la vue. Le plus souvent la prise en charge est limitée aux verres, les montures n'étant pas prises en charge. Les prix des montures peuvent être très divers, si bien que lorsqu'elles sont couvertes, les montures sont souvent remboursées sur la base d'un forfait.

Les médicaments et autres consommables médicaux

En ce qui concerne les médicaments il est important de déterminer la liste de ceux qui seront pris en charge par le système, ou de limiter la liste des médicaments couverts à celle des médicaments essentiels établie par le Ministère de la santé.

Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités*) et les génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers ou – lorsque aucun générique n'est disponible – les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par des formations sanitaires déterminées comme par exemple uniquement les structures sanitaires publiques ou certaines pharmacies privées bien identifiées.

Il est également conseillé de ne prendre en charge que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale (ordonnance).

Les consommables médicaux comprennent le petit matériel médical comme les sondes, les perfusions, les seringues, les pansements, etc. que les patients doivent se procurer avant de pouvoir bénéficier des soins ou pour pouvoir poursuivre le traitement à domicile. L'achat des consommables médicaux peut constituer une barrière financière gênant l'accès aux soins. C'est pourquoi certains systèmes les prennent en charge. Là encore il est important de dresser une liste précise des consommables couverts.

Le transport des malades

Outre la prise en charge des soins de santé le système de micro-assurance santé peut prendre en charge les évacuations des malades d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire.

La couverture des gros et des petits risques

Les gros risques

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses de soins importantes: hospitalisations, interventions chirurgicales, accouchements dystociques et autres actes spécialisés. La probabilité de survenue de ces événements est faible. L'effort financier qu'ils demandent est en revanche très difficile à fournir pour la quasi-totalité des familles. Peu d'individus sont en effet en mesure de financer eux-mêmes et intégralement une intervention lourde, surtout si celle-ci nécessite de recourir à des prestataires de soins éloignés.

Les petits risques

Les petits risques concernent les cas plus bénins qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence est nettement plus élevée que les gros risques. Sont notamment inclus dans cette catégorie les soins infirmiers et les consultations ambulatoires.

L'assurance est particulièrement adaptée aux gros risques

Les petits risques, comme la consultation ou l'achat de médicaments, sont des risques presque certains. Dans une année, il n'est pas rare de devoir aller au moins une fois consulter un médecin ou acheter des médicaments. Par conséquent, l'assurance, qui consiste à mettre en commun des cotisations pour couvrir les dépenses des seules personnes ayant recours aux soins, n'est pas beaucoup plus efficace qu'un système d'épargne où chacun met de l'argent de côté en prévision de dépenses de santé quasi certaines. La cotisation que chaque individu a à payer dans le cadre d'un système de micro-assurance santé est à peu près équivalente aux dépenses de santé que l'individu aurait effectué s'il n'avait pas été assuré.

A l'inverse les gros risques (comme l'utilisation de soins de santé secondaires et tertiaires) sont liés à des événements dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux. Avec un grand nombre d'adhérents, qui paient chacun une petite cotisation, on peut couvrir les dépenses des personnes touchées par ces risques. L'assurance permet d'apporter une réponse efficace en répartissant les risques sur un nombre important d'individus. La cotisation que chaque individu a à payer est faible au regard des dépenses qu'il aurait dû effectuer lors de la survenue du risque s'il n'avait pas été assuré. Cependant, pour pouvoir prendre en charge le gros risque, la taille de la population couverte doit être suffisamment importante sous peine de mettre en péril la viabilité du système.

Exemple de tableau comparatif des services de santé

Ce tableau permet de faciliter la hiérarchisation des services de santé selon un ordre de priorité et de mettre en évidence les services qui sont considérés comme prioritaires par certains sous-groupes de population seulement.

Il comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix des services de santé à couvrir» (objectif 4).

Critères	Nom du service (liste non exhaustive)						
	Consultation	Médicaments	Labo	CPN	Accouchements simples	Accouchements dystociques	...
Besoins réels							
Services prioritaires							
Besoins ressentis							
Pour-cent de personnes ayant jugé le service prioritaire							
Difficultés financières							
Taux d'exclusion totale							
Taux d'exclusion temporaire							
Taux d'exclusion partielle							
Problèmes de recouvrement et de financement							
Pour-cent de factures impayées							
Sous-utilisation (oui/non)							
Sous-groupes de population particulièrement intéressés (le cas échéant)							
Caractéristiques du sous-groupe							
Dans le sous-groupe: Pour-cent de personnes jugeant le service prioritaire							

Exemple de formules de couverture

La formule de couverture proposée ci-après comporte:

- une formule de base comprenant des services qui correspondent aux besoins du plus grand nombre;
- une formule «étendue» comprenant les services de la formule de base + d'autres services importants mais non prioritaires;
- des services proposés en option comme le service de transport en urgence lorsqu'ils correspondent seulement aux besoins d'un sous-groupe de population.

Parmi les services:

- certains correspondent à des actes;
- d'autres correspondent à des regroupements d'actes: ainsi l'hospitalisation médicale couvre le forfait journalier, les consultations et les soins, les médicaments consommés et les actes de diagnostic pratiqués pendant l'hospitalisation;
- d'autres enfin correspondent à des épisodes de maladie: ainsi le service maternité comporte les consultations pré- et postnatales ainsi que l'accouchement, que celui-ci soit simple ou dystocique.

Exemple de formules de couverture		
	Formule de base	Formule étendue
Services inclus		
Consultation au PS/CS	✓	✓
Soins au PS/CS	✓	✓
Médicaments génériques à la pharmacie du PS/CS	✓	✓
Analyses de laboratoire	✓	✓
Radiologie		✓
Consultation spécialisée à l'hôpital <NOM>		✓
Consultation spécialisée en ville		✓
Médicaments génériques à la pharmacie (hôpital <NOM>)	✓	✓
Hospitalisation médicale non programmée (hôpital <NOM>)	✓	✓
Hospitalisation chirurgicale non programmée (hôpital <NOM>)	✓	✓
Maternité	✓	✓
Lunetterie		✓
Services optionnels		
Transport en urgence	Possible	Possible