

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

Le calcul des cotisations peut être effectué de deux manières:

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

Sur le choix entre les deux méthodes se reporter à:

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

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

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

et au cas pratique proposé dans:

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

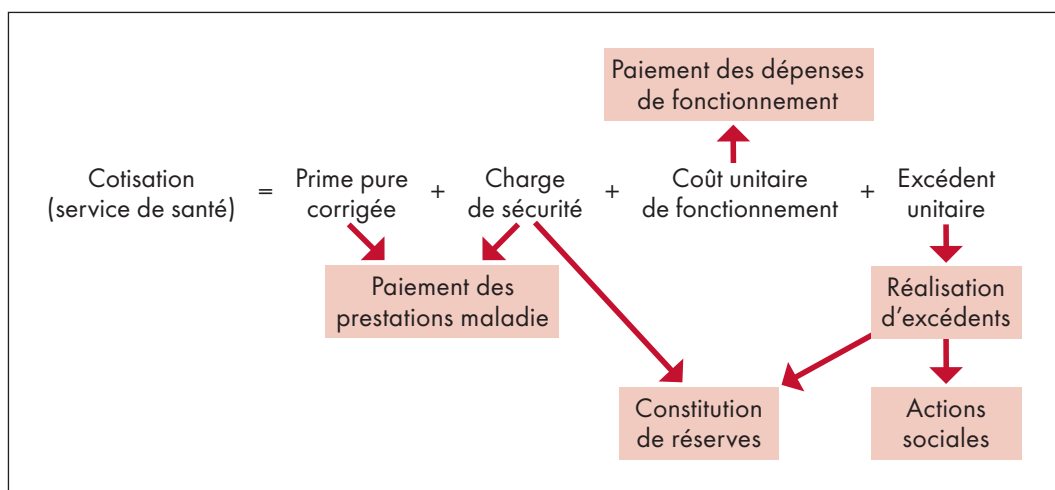
La cotisation constitue la principale recette d'un système de micro-assurance santé. Elle doit permettre de: 1) financer la prise en charge des services couverts par le système; 2) financer les coûts de fonctionnement du système; 3) réaliser des excédents* afin de constituer des réserves financières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

La cotisation est calculée sur une base annuelle.

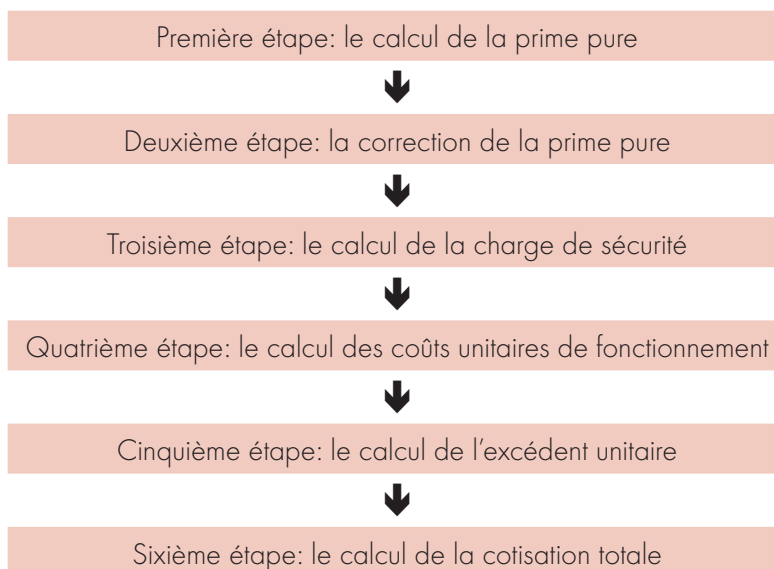
Remarque: Lorsque ces réserves sont suffisantes, une partie des excédents peut être utilisée pour accroître les niveaux de prise en charge ou couvrir de nouveaux services de santé à cotisation constante, ou réduire les cotisations, ou financer des actions (œuvres sociales) en faveur des bénéficiaires.

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

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



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



Première étape: Le calcul de la prime pure

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

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

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

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

Les avantages comparatifs des deux formules sont expliqués dans:

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

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

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

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

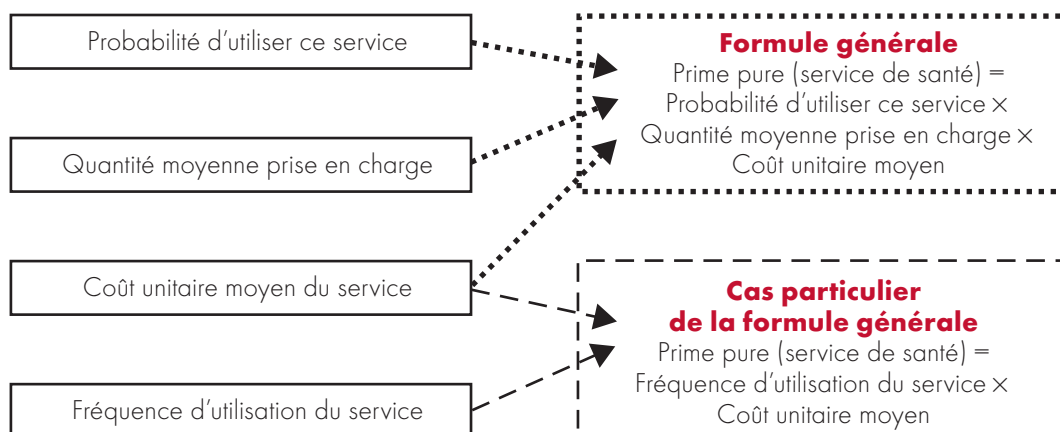
Le **coût unitaire moyen** du service de santé est égal aux dépenses moyennes engagées par un individu pour ce service si le niveau de prise en charge est de 100%. Dans tous les autres cas, ce coût est inférieur aux dépenses moyennes engagées (ticket modérateur, forfait, franchise monétaire).

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

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

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

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



Deuxième étape: La correction de la prime pure

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

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

Troisième étape: Le calcul de la charge de sécurité

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

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

Charge de sécurité (pour un service de santé) =
 Prime pure × Coefficient (N, p)
 Où N = nombre de bénéficiaires et p = la probabilité de consommer l'acte
 Plus N et p sont élevés plus le coefficient diminue et la charge de sécurité est faible

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

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

Quatrième étape: Le calcul des coûts unitaires de fonctionnement

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

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

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

Cinquième étape: Le calcul de l'excédent unitaire

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

Sixième étape: Le calcul de la cotisation totale

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

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

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

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

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