



Etape 8: Définir les modalités de fonctionnement du système

Cette étape consiste à définir les mécanismes et les moyens matériels et humains à mettre en œuvre pour garantir un fonctionnement et une gestion efficaces du système de micro-assurance santé. Il s'agit plus précisément de:

- définir les règles de fonctionnement, c'est-à-dire les modalités d'adhésion, de paiement des droits d'adhésion* et des cotisations, de prise en charge des dépenses de santé;
- décrire les procédures de gestion*, c'est-à-dire les étapes nécessaires pour mettre en pratique ces règles;
- définir les procédures de suivi permettant de veiller au bon fonctionnement du système de micro-assurance santé;
- contrôler que les règles de fonctionnement et les procédures de gestion et de suivi permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance: sélection adverse, risque moral, surprescription, fraudes et abus, risques catastrophiques.

La définition des procédures de gestion et de suivi nécessite, en tout cas, une bonne connaissance des principes de fonctionnement de ce type de système. Il n'est pas possible de développer ces derniers dans le cadre du présent guide. Ils font l'objet d'un autre guide, que le lecteur est invité à consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, BIT/STEP, 2003*

La démarche, qu'elle soit participative ou non, consiste ici à:

- 1.** Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 10: «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.»
- 2.** Préparer les supports qui seront utilisés au cours des groupes de travail pour effectuer les choix:
 - des tableaux comparatifs qui permettent pour chaque règle de fonctionnement envisagée d'en mesurer les avantages et les inconvénients;

- des tableaux de rôles qui permettent de dérouler chaque processus et d'identifier les ressources humaines et matérielles nécessaires. Pour l'explication de cette méthode se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système,**
§ Construction d'un tableau de rôles, tome 2, chapitre 4, page 163.

3. Se réunir en groupe de travail avec des représentants de la population cible ou en comité restreint (comité de pilotage + experts) pour:
 - Action 1: définir les principales règles de fonctionnement: règles d'adhésion, de paiement des cotisations, de prise en charge, de remboursement des adhérents ou de paiement des prestataires:
 - les règles d'adhésion: Qui a le droit d'adhérer? Y a-t-il des restrictions géographiques, professionnelles, sur l'âge, etc.? Comment éviter la double indemnisation?
 - les personnes à charge: Qui sont les bénéficiaires? Qu'inclut la notion de famille: parenté élargie, ascendants, descendants, enfants majeurs ou qui travaillent, polygamie, personnes âgées, etc.?
 - les catégories de personnes dont l'adhésion ou la couverture pose des problèmes de financement;
 - les personnes bénéficiant d'une autre couverture d'assurance santé;
 - les modalités d'adhésion: adhésion individuelle, familiale ou collective? Adhésion automatique ou volontaire?
 - la période d'adhésion: fermée ou ouverte?
 - les modalités de résiliation et de radiation;
 - l'existence et le montant des droits d'adhésion;
 - le mode de calcul de la cotisation d'une famille: tarif par individu, tarif forfaitaire par famille, etc.;
 - la fréquence de paiement des cotisations;
 - les modalités de révision des cotisations;
 - l'existence et la durée de la période d'attente;
 - les procédures à suivre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge.
 - Action 2: décrire les principales procédures de gestion c'est-à-dire les différentes activités attachées aux opérations d'adhésion, de recouvrement des cotisations, de prise en charge
 - Action 3: définir les procédures de suivi permettant de garantir le bon fonctionnement du système de micro-assurance santé:
 - le suivi de l'application des règles de fonctionnement et procédures de gestion;
 - le suivi du portefeuille de risques*;
 - le suivi budgétaire.
 - Action transversale: veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance: la sélection adverse, le risque moral, le risque de surprescription, les fraudes et abus, les risques catastrophiques.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir les principales règles de fonctionnement

La définition de l'adhérent

En principe toute personne ayant l'âge minimum requis, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique peut adhérer à un système de micro-assurance santé, à condition de s'engager à en respecter les statuts et les règles de fonctionnement et à verser régulièrement ses cotisations.

Toutefois, lorsque le système de micro-assurance santé est fondé par une organisation de la société civile, il est naturel qu'au moins dans une phase initiale, des critères d'adhésion soient définis sur la base des liens qui unissent les adhérents entre eux: habitants d'un village, d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social ou professionnel comme un syndicat, une association féminine, etc.

Lorsque le système est géré par l'offre de soins, les critères d'adhésion sont a priori plus larges, dans la mesure où la population des utilisateurs de la formation sanitaire n'est pas généralement circonscrite à une communauté.

Lorsque le système est géré par une société commerciale (société d'assurance souhaitant proposer une couverture aux populations démunies par exemple), des critères très stricts sur l'âge ou même sur l'état de santé entrent parfois en compte.

Exemple de critère restrictif: Les adhérents doivent être âgés de moins de 65 ans au moment de l'adhésion.

Les différentes restrictions apportées à la définition de l'adhérent ont chacune leur lot d'avantages et d'inconvénients. Le tableau suivant indique pour certaines restrictions sur l'âge, l'état de santé, le lieu d'habitation, le pour et le contre de quelques critères appliqués dans les systèmes.

Critères d'adhésion	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Age minimum (par exemple: 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet d'écarter les personnes civilement non «responsables» 		
Age maximum (par exemple: 65 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit le montant des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> ● Crée une exclusion contraire aux principes de fonctionnement et objectifs de la plupart des systèmes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prévoir des formes de solidarité complémentaires: par exemple un fond séparé pour les malades du sida
Ne pas avoir de maladie chronique	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit le montant des prestations 		
Habiter un même village ou quartier Travailler dans une même entreprise	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorise la cohésion, le contrôle social et l'entraide 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la viabilité du système (celui-ci est moins exposé aux risques si ses bénéficiaires sont répartis sur plusieurs zones géographiques) 	

La définition des personnes à charge

Généralement certains membres de la famille de l'adhérent peuvent bénéficier de la couverture. Il s'agit le plus souvent du conjoint et des enfants légitimes, naturels ou adoptés jusqu'à un certain âge.

La définition précise des personnes à charge et/ou la limitation de leur nombre sont importantes si le système prévoit un niveau de cotisation forfaitaire par famille, ou un niveau de cotisation qui n'est pas exactement proportionnel au nombre de personnes composant la famille. La définition des personnes à charge est un arbitrage entre:

- la prise en compte des habitudes locales: existence de familles polygames, prise en charge des ascendants (personnes âgées) par leurs enfants, jeunes célibataires qui restent dans le foyer de leurs parents en attendant d'être autonomes financièrement;
- la nécessité de proposer des niveaux de cotisation accessibles.

Lorsque la cotisation n'est pas proportionnelle à la taille de la famille, une définition trop large des personnes à charge contribue à accroître le niveau des cotisations et à demander un niveau de cotisation trop élevé aux familles de petite taille.

En général, les membres de la famille ne sont considérés comme personnes à charge que si elles sont effectivement dépendantes sur le plan financier de l'adhérent. Lorsque le conjoint ou un enfant travaille et acquiert un revenu, il n'est plus «à charge» et doit s'inscrire comme adhérent.

Les catégories de personnes dont l'adhésion ou la couverture pose des problèmes de financement

Certaines catégories de personnes ont une consommation de soins de santé beaucoup plus élevée que la moyenne de la population cible. Il s'agit des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques: diabétiques, hypertendus, déficients cardiaques, personnes vivant avec le VIH, etc.

Leur inclusion au titre d'adhérent ou de personne à charge dans une proportion plus importante que celle qu'ils représentent dans la population cible peut compromettre l'équilibre financier du système dans la mesure où les cotisations sont calculées à partir des dépenses de santé moyennes de cette population. A l'inverse, leur exclusion du système n'est souvent pas envisageable pour des raisons sociales et éthiques. Elle est également contraire à l'objectif de couverture universelle.

Les solutions suivantes peuvent être envisagées:

- privilégier une inscription familiale comprenant des personnes jeunes et des personnes âgées, des personnes malades et des personnes en bonne santé;
- faire payer aux adhérents ayant dépassé un certain âge et qui s'affilient pour la première fois une cotisation plus élevée. Cette décision pose des problèmes d'exclusion et ne doit être prise que dans le cas où les adhérents concernés n'ont pas adhéré au système de micro-assurance santé au moment où ils en avaient la possibilité;
- choisir avec précaution les services de santé à couvrir par le système de micro-assurance santé et les niveaux de prise en charge;

Exemple: La prise en charge de l'hospitalisation est limitée à douze jours par personne et par an. Les traitements spécifiques de certaines pathologies lourdes ne sont pas pris en charge.

- ne pas prendre en charge certains médicaments spécialisés ou de marque;

- chercher d'autres modes de financement des traitements dont les personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin. Dans certains pays, les soins relatifs à des maladies comme la tuberculose, la lèpre ou l'infection par le VIH sont pris en charge par des programmes spéciaux de l'Etat ou des bailleurs de fonds externes. Lorsque cette aide extérieure n'existe pas, on peut envisager la création d'un fonds de solidarité distinct du système d'assurance.

Les personnes bénéficiant d'une autre couverture d'assurance santé

Certaines personnes peuvent bénéficier par ailleurs d'une autre couverture d'assurance santé: sécurité sociale, régime d'assurance santé mis en place par leur entreprise, etc. Si le système de micro-assurance santé accepte de couvrir ces personnes, au titre d'adhérent ou d'ayant droit, il est important de mettre en place des mécanismes permettant d'éviter que ces personnes soient surindemnisées, c'est-à-dire que les prestations cumulées obtenues grâce aux deux couvertures soient supérieures aux dépenses de santé effectivement engagées.

Dans ce cas, les mesures suivantes peuvent être prises:

- préciser dans les contrats et/ou le règlement intérieur que la prise en charge est effectuée dans la limite des dépenses engagées et en complément des prises en charge dont peut bénéficier la personne par ailleurs;
- mettre en place des procédures de gestion spécifiques pour ces personnes: remboursements sur justificatifs, contrôles, etc.;
- ne pas mettre en place de mécanisme de tiers payant pour ces personnes.

Exemple: Le système de micro-assurance santé couvre les consultations à hauteur de «100% des dépenses limitées à 500 UM par consultation». L'un des adhérents est déjà membre par le biais de son entreprise d'une mutuelle de santé. Celle-ci couvre la consultation à hauteur de 50% des dépenses engagées.

L'adhérent effectue une consultation et paie 1400 UM. La mutuelle de l'entreprise rembourse 50% des dépenses soit 700 UM. Avec la facture du prestataire de soins et le bordereau de remboursement de la mutuelle, l'adhérent effectue ensuite une demande de remboursement auprès du système de micro-assurance santé pour la part des dépenses restant à sa charge soit 700 UM. Le système de micro-assurance santé rembourse 100% des dépenses restantes limitées à 500 UM, c'est-à-dire 500 UM. Il reste finalement à la charge de l'adhérent 200 UM.

Les modalités d'adhésion

L'adhésion à un système de micro-assurance santé peut être:

- individuelle: chaque personne peut adhérer individuellement;
- familiale: tous les membres de la famille doivent être inscrits;
- collective: les salariés d'une entreprise ou les membres d'une coopérative adhèrent collectivement et non en tant qu'individus.

Un individu peut disposer d'une liberté plus ou moins grande d'adhérer à un système de micro-assurance santé. L'adhésion peut être:

- volontaire: la décision d'adhérer au système de micro-assurance santé est prise par chaque individu ou chaque famille;

- automatique: l'appartenance à un groupe (coopérative, village, syndicat, entreprise) ou la souscription d'un contrat, comme la demande de crédit auprès d'une institution de micro-finance, entraîne automatiquement l'adhésion au système de micro-assurance santé. La décision d'adhérer au système n'est pas prise par l'individu mais par le groupe auquel il appartient ou l'institution dont il est le client;
- obligatoire: elle est obligatoire lorsque des individus, des familles ou des groupes sont mis dans l'obligation d'adhérer sans que cette décision ait été prise par eux ou par leur groupe d'appartenance; c'est par exemple le cas de beaucoup de travailleurs salariés qui sont obligés d'adhérer à un régime de sécurité sociale.

Chaque modalité d'adhésion présente des avantages et des inconvénients, dont les principaux sont recensés dans le tableau ci-dessous. Le système de micro-assurance santé peut utiliser conjointement plusieurs modalités.

Exemple: Adhésion collective et automatique pour les salariés d'une entreprise avec lequel le système passe un accord et adhésion familiale et volontaire avec les membres de groupements villageois.

Modalité d'adhésion	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Adhésion collective et familiale	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la sélection adverse ● Augmente le taux de pénétration 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peut réduire l'attractivité du système 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etablissement d'accords avec des entreprises, des syndicats dans le cas d'adhésions collectives
Adhésion individuelle	<ul style="list-style-type: none"> ● Simplifie et rend flexible l'adhésion ● Peut augmenter l'attractivité du système 	<ul style="list-style-type: none"> ● Augmente le risque de sélection adverse et de fraudes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation ● Contrôle du droit aux prestations
Adhésion volontaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Est souvent la seule modalité possible dans l'économie informelle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Augmente le risque de sélection adverse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation
Adhésion automatique	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la sélection adverse ● Simplifie la gestion (recouvrement des cotisations au niveau du groupe) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Présente un risque de déresponsabilisation des adhérents (fraudes et abus éventuels) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle du respect de l'obligation d'adhésion ● Contrôle contre le risque moral, les fraudes et les abus
Adhésion obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> ● Elimine la sélection adverse 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'adhésion obligatoire n'est souvent pas applicable dans l'économie informelle 	

La période d'adhésion: fermée ou ouverte

Lorsque l'adhésion au système est possible à n'importe quel moment de l'année, on parle de période d'adhésion ouverte.

Lorsque l'adhésion n'est possible que pendant une période limitée dans l'année, on parle de période d'adhésion fermée. Dans ce cas, le risque de sélection adverse est limité. En effet, les adhérents potentiels ne pouvant choisir la période à laquelle ils adhèrent, le risque est moins élevé qu'ils le fassent à un moment où ils prévoient d'effectuer des dépenses de santé

importantes. La gestion est également simplifiée parce que l'effort nécessaire à la collecte des cotisations peut être concentré sur une période réduite et parce que 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 des cotisations au moment des récoltes. Elle rend moins nécessaire l'application d'une période d'observation. Cependant, une période d'adhésion fermée est contraignante pour les adhérents potentiels et peut réduire la dynamique d'affiliation.

Les modalités de résiliation et de radiation

L'adhérent doit avoir la possibilité de quitter le système de micro-assurance santé.

Les modalités de résiliation sont liées à celles de l'adhésion. Si l'adhésion est collective, un membre du groupe n'a pas la possibilité de résilier individuellement son adhésion. La résiliation est également collective.

Afin de se protéger de comportements opportunistes, le système peut prévoir des règles strictes en matière de résiliation de l'adhésion. Il est possible par exemple d'instaurer une période de résiliation fermée: les adhérents ou les groupes n'ont la possibilité d'effectuer une demande de résiliation qu'à certaines périodes de l'année ou uniquement à la date anniversaire de l'adhésion. Le système peut aussi prévoir des procédures de demande de résiliation assez lourdes: les adhérents doivent formuler leur demande un mois avant la date d'effet prévue pour la résiliation. Il peut de la même manière prévoir des dispositions contraignantes concernant la radiation des ayants droit par l'adhérent. Ces mesures restent toutefois d'application difficile car elles supposent la possibilité de contraindre les adhérents n'ayant pas respecté les règles ce qui n'est souvent pas possible.

De son côté, le système doit se garder la possibilité de radier des adhérents et des ayants droit dans certaines circonstances: en cas de non-paiement répété des cotisations, en cas de fraude ou d'abus manifestes, etc.

Toutes ces règles doivent être définies avec précision dans le règlement intérieur ou le contrat.

L'existence et le montant des droits d'adhésion

Les droits d'adhésion permettent de couvrir les frais de l'inscription. Ils peuvent être remplacés par la vente de la carte d'adhérent* qui est mieux acceptée par les adhérents. Les droits d'adhésion ne sont généralement payés qu'une seule fois au moment de l'adhésion. Certains systèmes demandent toutefois aux adhérents de payer les droits d'adhésion à chaque renouvellement des cartes d'adhérent.

Le montant des droits d'adhésion ne doit pas être trop élevé pour éviter de dissuader les adhérents potentiels de rejoindre le système.

Le mode de fixation de la cotisation d'une famille: tarif par individu, forfait par famille, etc.

Il existe de multiples modes de fixation des cotisations:

- la cotisation individuelle: chacun paie une cotisation, de même montant, que l'on soit adhérent ou personne à charge. Une alternative est que chaque personne paie une cotisation mais que celle des personnes à charge est inférieure à celle des adhérents. Il est encore possible de fixer le montant de la cotisation en fonction de caractéristiques individuelles: l'âge, le sexe, l'état de santé, le lieu d'habitation, la profession;

- la cotisation familiale forfaitaire: une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge dans la famille;
- des formes intermédiaires de cotisation: la cotisation «isolé/famille», avec un niveau de cotisation pour les célibataires sans personne à charge et un niveau pour les familles quel que soit le nombre de personnes à charge. Ou plusieurs niveaux de cotisation liés à la taille de la famille.

Exemple: Un premier niveau de cotisation pour les familles de 1 à 3 personnes, un deuxième niveau pour les familles de 4 à 9 personnes, un troisième niveau au-delà de 9 personnes.

- la cotisation en fonction du revenu. Le montant de la cotisation est proportionnel au revenu éventuellement avec la fixation de plafonds.

Le tableau suivant indique les principaux avantages et inconvénients de différents modes de fixation de la cotisation.

Mode de fixation de la cotisation	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Cotisation individuelle (chaque personne couverte paie une cotisation)	<ul style="list-style-type: none"> ● Repose sur l'égalité entre personnes (pas de «transferts» entre familles nombreuses et familles peu nombreuses) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorise la sélection adverse (l'adhérent inscrit en priorité les membres de la famille qui présentent un risque élevé de maladie ou de maternité) ● Favorise la fraude sur l'identité des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation ● Adhésion fermée ● Contrôles d'identité: cartes d'adhérent avec photos des ayants droit
Cotisation forfaitaire par famille non proportionnelle au nombre de bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Induit une solidarité entre les familles 	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorise les abus (l'adhérent ayant tendance à inscrire le maximum de personnes à charge) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Limitation du nombre de personnes à charge ● Contrôle de l'application des règles concernant les personnes à charge
Cotisation en fonction du revenu	<ul style="list-style-type: none"> ● Induit une solidarité entre les riches et les pauvres ● Logique d'équité et d'inclusion 	<ul style="list-style-type: none"> ● Très difficile à appliquer dans l'économie informelle 	

La fréquence de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations peut être effectué de multiples manières: chaque jour, chaque semaine, chaque quinzaine, tous les mois, tous les trois ou quatre mois, deux fois par an, une fois par an, etc. Le recouvrement des cotisations est d'autant plus compliqué que la fréquence de paiement est élevée (chaque jour, semaine ou quinzaine).

Le système de micro-assurance santé peut:

- choisir une seule fréquence de paiement qui s'applique à tous les adhérents;
- donner le choix aux adhérents de choisir le fractionnement qui leur convient le mieux.

La première option est plus simple à gérer. Pour choisir le fractionnement le plus adapté, il est nécessaire de prendre en compte les informations collectées dans le cadre de l'objectif 8: «Evaluer la disposition à payer de la population cible» qui indiquent le fractionnement préféré par la population cible, et, dans le cas d'un fractionnement annuel ou semestriel, les mois de versement des cotisations les plus favorables.

Pour avoir un exemple de restitution des informations sur les variations saisonnières de la disposition à payer se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système,** § Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer, tome 2, chapitre 4, page 162.

Les modalités de révision des cotisations

Il est important de prévoir le rythme de révision des montants de cotisations et de définir les indicateurs utilisés pour réviser ces montants.

Exemple de rythme de révision: Tous les ans à la date anniversaire de l'adhésion, tous les 1^{er} janvier. Exemples d'indicateurs utilisés pour la révision des cotisations: ratio des sinistres sur les primes (S/P), taux d'inflation.

L'existence et la durée de la période d'attente encore appelée stage ou délai de carence

La période d'attente est le temps suivant l'adhésion, pendant lequel l'adhérent paie ses cotisations mais ne peut encore bénéficier des services du système de micro-assurance santé ni en faire bénéficier ses ayants droit.

Cette période est nécessaire pour éviter les comportements opportunistes de personnes qui s'affilieraient au moment précis où elles en ont besoin, en prévision d'un accouchement ou d'une intervention chirurgicale programmée par exemple, et qui se désengageraient une fois l'événement passé. De plus, elle permet de réduire le coût du risque en première année ce qui peut être pris en compte en réduisant le montant des cotisations sur toute la durée d'adhésion. La période d'observation est moins utile lorsque l'adhésion est collective, automatique ou obligatoire.

La durée de la période d'observation n'est pas standard: trop courte, elle n'empêche pas les comportements opportunistes et la sélection adverse; trop longue, elle risque de décourager les adhésions. Par ailleurs elle peut varier d'un service de santé couvert à l'autre. Pour la maternité il est d'usage d'instaurer une période de neuf à dix mois. Pour d'autres risques, la durée est plus courte, généralement entre un et trois mois. Utiliser plusieurs périodes d'observation en fonction des risques rend plus complexe la gestion.

Les procédures à suivre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge

Les contrôles sur l'appartenance au système et l'encours de droits

Pour bénéficier du tiers payant, d'accords préférentiels avec les prestataires de soins ou tout simplement se faire rembourser, le patient doit être couvert par le système au titre d'adhérent ou d'ayant droit et être à jour de ses cotisations. Des contrôles sur l'appartenance au système et l'encours de droits peuvent être effectués, selon les cas, avant, pendant ou après l'utilisation des services de santé.

Les contrôles avant ou pendant le recours aux soins, peuvent être envisagés principalement:

- dans le cas d'un système de tiers payant où l'adhérent et/ou l'ayant droit n'a pas à faire l'avance des dépenses de santé prises en charge par le système de micro-assurance;
- dans le cas d'un système qui dispose avec certains prestataires d'accords sur les prix, sur la qualité et/ou les protocoles thérapeutiques.

Les contrôles avant ou pendant le recours aux soins peuvent être effectués par le prestataire de soins. La présentation de la carte d'adhérent permet de prouver l'appartenance au système.

Le mécanisme de la lettre de garantie* permet de prouver que l'adhérent est à jour de ses cotisations. Il s'agit d'une attestation de prise en charge que le patient doit aller chercher auprès du système de micro-assurance santé avant de recourir aux soins. Cette procédure – assez lourde, surtout s'il y a urgence – peut être remplacée par des cachets apposés à chaque échéance sur la carte d'adhérent et prouvant que la cotisation a bien été payée.

Les contrôles après le recours aux soins sont effectués par les gestionnaires du système. En l'absence de tiers payant, le patient, qu'il soit adhérent ou ayant droit, transmet au système de micro-assurance santé, après le recours aux soins, une facture indiquant les services dispensés et les dépenses effectuées. Certains systèmes imposent l'utilisation de factures types, plus lisibles et comportant toutes les informations dont le système a besoin pour effectuer les contrôles et émettre le remboursement.

Autres mécanismes conditionnant la prise en charge

Pour certains services de santé coûteux, le système de micro-assurance santé peut mettre en place un mécanisme d'entente préalable*. L'adhérent ou l'ayant droit doit transmettre un devis au système de micro-assurance santé avant le recours aux soins. En cas d'accord, le système délivre une autorisation de prise en charge. Ce mécanisme permet de protéger le système contre le risque moral et le risque de surprescription. Le système de micro-assurance santé doit faire appel à un médecin-conseil pour analyser les demandes.

Pour des soins dispensés au deuxième ou troisième échelon de la pyramide sanitaire (hospitalisations, actes de spécialité) le système de micro-assurance santé peut mettre en place un mécanisme de référence obligatoire. L'adhérent ou l'ayant droit est obligé de consulter un prestataire d'un échelon déterminé avant de pouvoir recourir à un prestataire d'un échelon supérieur. Ce mécanisme permet de réduire la consommation non indispensable de soins spécialisés et coûteux.

Le tableau ci-dessous présente sommairement les avantages et les contraintes des mécanismes d'entente préalable et de référence obligatoire.

Mécanismes	Pour	Contre	Mesures d'accompagnement
Entente préalable	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la surconsommation et la surprescription 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exige des démarches administratives lourdes pour les bénéficiaires ● Induit des coûts car demande la contribution d'un médecin-conseil 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recours à un médecin-conseil
Référence obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la consommation de services onéreux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la liberté de choix ● Est difficile à mettre en place dans des systèmes en fonctionnement ● Suppose une bonne organisation de la pyramide sanitaire 	

Action 2: Décrire les principales procédures de gestion

Une fois que les principales règles de fonctionnement ont été définies (règles d'adhésion, de paiement des cotisations, de prise en charge et/ou de remboursement), le comité de pilotage peut décrire en détail les procédures de gestion en utilisant la méthode des tableaux de rôle.

Pour un exemple de celle-ci, se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système**, § Construction d'un tableau de rôles, tome 2, chapitre 4, page 163.

Cette méthode permet de recenser toutes les activités nécessaires à la gestion et au fonctionnement du système de micro-assurance santé et de vérifier que les moyens humains sont suffisants et alloués de manière optimale.

Chaque opération du système de micro-assurance santé peut être considérée comme un processus comportant des étapes, faisant appel à des compétences et des outils comme des fiches, registres, outils informatiques, etc.

La construction du tableau de rôles repose ici sur l'analyse des principales opérations de gestion, la compréhension des différentes étapes, l'identification des acteurs impliqués à chaque étape, le détail de leurs fonctions et responsabilités, l'inventaire de tous les supports utilisés (fiches, registres, outils informatiques) et l'indication de leurs modalités d'utilisation.

L'emploi du tableau de rôles permet aux acteurs d'avoir une meilleure vision d'ensemble du fonctionnement du système et une meilleure compréhension du rôle de chacun et de la nature de son implication. Il permet à l'ensemble des intervenants de se mettre d'accord sur les étapes et les règles que tout le monde devra suivre. Il permet de préparer la rédaction du manuel de procédures et la conception des outils d'enregistrement des opérations. Il contribue aussi à la formation des responsables. Il prépare le cas échéant les bases d'une future convention entre le système de micro-assurance santé et les prestataires de soins.

Pour plus d'informations sur les procédures de gestion et les opérations comptables, consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, parties 3 et 4, BIT/STEP, 2003

Action 3: Définir les procédures de suivi

Différentes procédures de suivi peuvent être définies afin d'assurer le bon fonctionnement du système de micro-assurance santé:

- le suivi de l'application des règles de fonctionnement et des procédures de gestion par les différents acteurs permet de garantir que tous les contrôles amont sont effectués (avant d'accepter une adhésion, avant d'effectuer des remboursements, etc.) et que les outils d'enregistrement sont correctement utilisés;
- le suivi du portefeuille de risques permet de déceler à temps des phénomènes de surconsommation et de surprescription qui risqueraient de mettre en péril l'équilibre financier du système. Il permet aussi d'ajuster le montant des cotisations;
- le suivi budgétaire permet de vérifier que le budget prévisionnel est respecté. Il consiste à comparer les prévisions effectuées en début d'exercice aux 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;

- le suivi de la trésorerie permet de s'assurer que le système de micro-assurance santé est 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. Il 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 et dans les programmes d'activité.

Pour plus de précision sur les activités de suivi, consulter:

▶ *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, tome 1: Méthodologie, partie II - Eléments de suivi, BIT/STEP et CIDR, 2001.*

Action transversale: Veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance

Les règles de fonctionnement du système doivent permettre de limiter autant que possible l'apparition des phénomènes de sélection adverse, de risque moral, de surprescription, les fraudes et les abus, les risques catastrophiques, et leur impact sur le système.

Certaines de ces règles sont présentées dans le tableau synthétique ci-dessous:

Lutter contre la sélection adverse et les comportements opportunistes	
Règles d'adhésion	<p>Compenser l'inscription de personnes ayant un risque élevé de maladie par celle de personnes en bonne santé en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● privilégiant l'adhésion familiale: dès que l'un des membres de la famille s'inscrit, tous les autres membres doivent être inscrits; ● et/ou encourageant l'adhésion de groupes. <p>Exemple: Tous les membres d'une entreprise, d'un syndicat, d'une association, d'une communauté religieuse, etc.</p> <p>Privilégier l'adhésion automatique en passant des accords avec des groupes structurés comme des syndicats, entreprises, associations.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Instaurer un âge maximum pour une première adhésion. ● ou Faire payer aux adhérents ayant dépassé un certain âge, et qui s'affilient pour la première fois, une cotisation plus élevée.
Période d'adhésion	Instaurer une période d'adhésion fermée.
Règles pour bénéficiaire de la couverture	<p>Introduire une période d'observation dont la durée peut dépendre des services couverts.</p> <p>Exemple: Neuf mois pour la maternité.</p>
Règles de résiliation et de radiation	Instaurer des dispositions contraignantes concernant la résiliation de l'adhésion ou la radiation.
Cotisation	Instaurer une cotisation forfaitaire par famille afin d'éviter l'inscription massive de personnes ayant un risque élevé de maladie.
Droit d'adhésion	Instaurer le paiement à nouveau du droit d'adhésion pour les adhérents n'ayant pas renouvelé dans les délais leur adhésion (cas d'une adhésion annuelle).

Lutter contre le risque moral et le risque de surprescription	
Règles et procédures pour bénéficiaire de la couverture	Instaurer une entente préalable pour les soins de santé coûteux et ne revêtant pas de caractère d'urgence.
	Instaurer un système de référence obligatoire réglementant l'accès aux soins d'un échelon supérieur plus coûteux.
Procédures de suivi	Instaurer des procédures de suivi et de contrôle de la consommation des bénéficiaires dès la première année.
Procédures de contrôle	Encourager le contrôle social* et le développement d'un sentiment de responsabilité de chaque adhérent et de chaque ayant droit.
Lutter contre les fraudes et les abus	
Personnes à charge	Avoir une définition restreinte de la famille pour limiter les abus (inscription d'un grand nombre de personnes par famille) dans le cas où la cotisation ne dépend pas du nombre de bénéficiaires.
Cotisation	Instaurer un contrôle d'identité particulièrement rigoureux lorsque chaque membre de la famille paie une cotisation.
	Limiter le nombre de personnes à charge lorsque la cotisation est identique quelle que soit la taille de la famille.
Règles et procédures pour bénéficiaire de la couverture	Utiliser une lettre de garantie pour vérifier que l'adhérent est à jour de ses cotisations.
	Indiquer précisément sur la carte d'adhérent l'identité des bénéficiaires: nom, prénom, date de naissance, photo d'identité.
	Instaurer un contrôle de l'identité et des droits du patient au moment des soins, notamment lorsque les adhérents du système bénéficient du tiers payant ou de tarifs préférentiels.
	Instaurer un contrôle de l'identité et des droits au moment du remboursement du patient dans le cas d'un paiement direct.
Se protéger contre les risques financiers liés aux événements catastrophiques: épidémies, dépenses de santé exceptionnellement élevées	
Règles d'adhésion	Répartir les risques sur plusieurs zones géographiques en acceptant des adhésions venant de plusieurs villages ou districts.
Règles pour bénéficiaire de la couverture	Introduire une période d'attente afin de constituer, dès la première année, des réserves financières.
Règles pour assurer la couverture	Adhérer à un système de réassurance ou de coassurance.