

4.9 Elaboration du budget prévisionnel

L'élaboration du budget prévisionnel est une opération délicate qui nécessite une prévision correcte des dépenses et des recettes. Cette prévision se base sur un certain nombre d'hypothèses (sur le nombre d'adhérents et de personnes couvertes, sur la consommation médicale, etc.). Par mesure de prudence, on conseille d'inclure un poste «Imprévu» permettant de faire face à des dépenses plus élevées que prévu ou à des recettes inférieures aux prévisions.

Le recensement et l'évaluation des recettes

Les recettes proviennent:

- des cotisations qui peuvent être forfaitaires ou liées aux revenus de l'adhérent, qui peuvent être familiales ou individuelles, dépendantes ou non des caractéristiques des personnes couvertes;
- des droits d'adhésion;
- des dons et legs: libéralités ou subventions de l'Etat ou d'intervenants extérieurs comme des programmes de coopération, des ONGs, etc., cédés à titre gracieux au système de micro-assurance santé. Les dons et legs peuvent être en nature ou en espèces;
- des recettes provenant d'activités payantes. Ainsi, le service de transport en urgence ou les séances d'information santé peuvent également intéresser les non-adhérents et à ce titre constituent une source distincte de recettes lorsqu'ils sont rémunérés;
- d'autres recettes: intérêts sur des placements financiers, prestations de services facturées à des utilisateurs externes comme la location de salles ou de matériel, activités génératrices de revenus comme des tombolas, des soirées culturelles, etc.

Les cotisations

On traite ici le cas rencontré le plus fréquemment des cotisations «individuelles», c'est-à-dire, celui dans lequel une famille de 5 personnes paie 5 fois la cotisation individuelle⁷. La cotisation n'est pas dans cet exemple liée aux caractéristiques individuelles de la personne couverte (âge, sexe, état de santé, lieu d'habitation, profession). Elle n'est pas non plus liée aux revenus. Elle est versée annuellement.

Le montant global des recettes liées aux cotisations est égal à:

$$\text{Recettes cotisations} = \text{Nombre moyen de personnes couvertes} \times \text{Cotisation individuelle annuelle}$$

La cotisation individuelle annuelle a déjà été calculée. Elle comprend la cotisation au titre des prestations médicales et les montants additionnels liés à l'offre de services.

Le nombre de personnes qui seront couvertes à la fin du premier exercice peut être estimé à partir d'un sondage dans la population cible ou des résultats d'expériences similaires dans d'autres régions.

Exemple: On l'estime à 1000 personnes couvertes.

⁷ Pour le cas des cotisations «familiales» il suffit d'effectuer des prévisions sur le nombre d'adhérents et de multiplier la cotisation familiale par le nombre moyen d'adhérents.

Lorsque le système de micro-assurance santé a une **période d'adhésion fermée**, toutes les personnes couvertes à la fin du premier exercice sont «recrutées» pendant cette période initiale et aucune adhésion nouvelle ne peut être effectuée à l'issue de la période d'adhésion.

Dans notre **exemple**, le nombre moyen de personnes couvertes = le nombre de personnes couvertes à la fin du premier exercice = 1000. Par conséquent:

$$\text{Recettes cotisations} = 1000 \times \text{Cotisation individuelle annuelle}$$

Lorsque le système de micro-assurance santé a une **période d'adhésion ouverte**, le «recrutement» des personnes couvertes est étalé au cours du premier exercice avec par exemple un pic au moment du démarrage ou à l'issue de campagnes de promotion spécifiques.

Dans ce cas, on affecte aux «recettes» le montant des cotisations individuelles réduit au prorata du nombre de mois restant à courir. Ainsi pour les personnes «recrutées» le premier mois, on compte une année complète de cotisations (douze mois), pour les personnes «recrutées» le deuxième mois on compte seulement 11/12 mois de cotisations, etc.

Le nombre moyen de personnes couvertes utilisé dans la formule de calcul des recettes liées aux cotisations est donc égal à la somme des personnes «recrutées» chaque mois pondérée par les durées respectives de couverture de ces personnes (portion d'année).

Dans notre **exemple**, le nombre de personnes couvertes à la fin du premier exercice = 1000. On suppose que la répartition des «recrutements» est la suivante:

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Nombre	500	200	50	10	10	5	200	5	5	5	5	5	1000

Le nombre moyen de personnes couvertes = $(12/12 \times 500) + (11/12 \times 200) + (10/12 \times 50) + (\dots) + (1/12 \times 5) = 848,33$. Donc:

$$\text{Recettes cotisations} = 848,33 \times \text{Cotisation individuelle annuelle}$$

L'estimation du nombre de personnes «recrutées» chaque mois est très aléatoire. Ces chiffres peuvent cependant servir d'objectifs de résultats lors des différentes campagnes de promotion effectuées au cours de l'exercice.

Les cotisations supplémentaires/optionnelles

Il s'agit de la cotisation supplémentaire demandée lors de la souscription à un service optionnel, comme le transport en urgence. Le montant des recettes liées aux cotisations supplémentaires est égal à:

$$\text{Recettes cotisations optionnelles} = \text{Nombre moyen de personnes souscrivant le service} \times \text{Cotisation individuelle annuelle pour le service}$$

Le nombre moyen de personnes souscrivant le service est calculé de la même manière que le nombre moyen de personnes couvertes (voir plus haut) avec deux méthodes de calcul selon que la période de souscription est fermée ou ouverte.

Les droits d'adhésion

Les droits d'adhésion sont versés à l'inscription d'un nouveau membre et ne sont pas remboursables. Le montant global des recettes liées aux droits d'adhésion est égal à:

$$\begin{aligned} \text{Recettes droits d'adhésion} = \\ \text{Nombre d'adhérents} \\ \times \text{Droits d'adhésion individuels} \end{aligned}$$

Les droits d'adhésion sont généralement fixés par adhérent (soit un par famille). Leur montant ne doit pas être un frein à l'adhésion. Que la période d'adhésion soit fermée ou ouverte, le nombre d'adhérents pris en compte est égal au nombre d'adhérents en fin d'exercice (puisque les droits d'adhésion sont payés une fois pour toutes et que leur montant est identique quel que soit le moment de l'adhésion).

Les recettes provenant d'activités payantes

Les services auxiliaires – transport en urgence, séances d'éducation à la santé et de prévention – peuvent intéresser aussi bien les adhérents que les non-adhérents. Payants pour ces derniers, ils permettent de générer une source supplémentaire de recettes.

$$\begin{aligned} \text{Recettes des activités payantes} = \\ \text{Nombre de participants non-adhérents} \\ \times \text{Tarif unitaire des activités} \end{aligned}$$

Les dons et legs

Le système de micro-assurance santé peut recevoir des libéralités ou subventions de l'Etat (ex.: subventions des cotisations), de programmes de coopération, d'ONGs ou de toute autre source à titre gracieux.

Le recensement et l'évaluation des dépenses

Les dépenses comprennent:

- les dépenses relatives aux services couverts;
- les frais liés à l'organisation de séances d'éducation à la santé/de prévention;
- les dépenses de fonctionnement (salaires du personnel, frais de déplacement, loyers, fournitures de bureau, etc.);
- les frais de formation et d'animation (rémunération des formateurs ou animateurs externes, frais de déplacement liés aux formations, matériel didactique, location de salles, hébergement des participants, etc.);
- les autres dépenses (versement de frais d'affiliation à une fédération, ou paiement d'une prime de réassurance).

Les dépenses relatives aux services couverts

Elles sont égales pour chaque service de santé couvert et chaque individu à: Prime pure + Charge de sécurité.

Donc le montant prévisionnel total des prestations médicales est égal à:

$$\text{Prestations médicales} = \text{Nombre moyen de personnes couvertes} \times [\text{somme}_{\text{pour les services couverts}} (\text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité})]$$

Le calcul du nombre moyen de personnes couvertes est expliqué plus haut avec deux méthodes selon que la période d'adhésion est fermée ou ouverte. Il faut également tenir compte ici, pour déterminer ce nombre, de la période d'attente pendant laquelle les bénéficiaires n'ont pas droit aux prestations. Il est également possible que certains adhérents ne soient pas à jour dans le paiement des cotisations ce qui supprime leur droit aux prestations. Le nombre de personnes couvertes doit donc être celui des personnes ayant effectivement droit aux prestations sur la période.

Les frais liés à l'organisation de séances d'éducation à la santé/de prévention

L'organisation de ces séances est peu coûteuse si le système tisse un accord de partenariat avec un programme de prévention financé par l'État ou un bailleur de fonds extérieur.

Les frais de fonctionnement

Ce sont les dépenses ayant trait à l'administration et à la gestion du système de micro-assurance santé comme les salaires du personnel, les frais de déplacement, le loyer des bureaux, les fournitures de bureau, etc. Toutes ces dépenses doivent être évaluées pour le premier exercice.

Dans le cas où le système de micro-assurance santé crée une formation médicale, les dépenses de fonctionnement de celle-ci comme ses recettes devront faire l'objet d'une comptabilité séparée, afin de pouvoir distinguer la gestion des deux structures.

Les frais de formation et d'animation

Ce sont les dépenses ayant trait aux activités d'information / éducation / communication, qui sont conduites dès l'étude de faisabilité puis pendant toute la durée de vie du système de micro-assurance santé. Ces dépenses peuvent être également incluses dans les frais de fonctionnement du système.

L'établissement du budget prévisionnel

Les recettes

La cotisation de base vaut 3587,6 UM par individu et par an (voir 4.5.6 - Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique), page 151 pour le détail du calcul). On estime la population couverte en première année à 1000 personnes. La période d'adhésion est fermée; par conséquent toutes les personnes couvertes paient une année complète de cotisation. Les recettes liées aux cotisations sont donc égales à **3 587 600 UM**.

Le coût du tiers payant pharmaceutique et des séances d'information santé s'ajoutent à la cotisation de base (+ 50 UM par individu et par an pour chacun d'eux, ce qui représente en tout **100 000 UM** au niveau de la population couverte).

Le coût moyen de la prise en charge du transport en urgence est estimé à 100 UM par individu et par an. D'après un sondage seulement 250 personnes couvertes seront intéressées par le service. La cotisation optionnelle globale au titre de ce service représente **25 000 UM**.

Le nombre d'adhérents est estimé à 160 en première année et les droits d'adhésion sont fixés à 500 UM par adhérent. Le montant global des droits d'adhésion est donc de **80 000 UM**.

Les séances d'information santé seront payantes pour les non-membres et facturées 100 UM/séance. Elles concerneront a priori 120 personnes, soit un montant global de **12 000 UM**.

En outre le système peut compter sur le don d'une ONG de **20 000 UM**.

Les dépenses

Le montant «prime pure + charge de sécurité» est égal à 3106,2 UM par individu et par an. Le montant global des prestations de santé est donc égal à $3106,2 \times 1000 = 3\ 106\ 200\ \text{UM}$ (par souci de simplification, on suppose qu'il n'y a pas de période d'attente).

Les frais liés au financement du service de transport en urgence sont estimés à **25 000 UM**.

Les dépenses liées à l'organisation des séances d'information santé sont entièrement prises en charge par un programme de prévention financé par un bailleur de fonds. Elles ne coûtent donc rien au système de micro-assurance santé.

Les frais de fonctionnement (salaires, frais de déplacements, loyer, frais de fournitures) sont estimés à **530 000 UM**.

Le tableau

Une fois que les dépenses et les recettes sont calculées elles sont reportées dans un tableau comprenant les dépenses à gauche, les recettes à droite.

Dépenses				Recettes			
	Montant annuel par individu	Nombre de personnes	Total		Montant annuel par individu	Nombre de personnes	Total
Prestations				Cotisations			
Prime pure + charge de sécurité	3 106,2	1000	3 106 200	Cotisation de base	3 587,6	1 000	3 587 600
Transport	100	250	25 000	Tiers payant pharma	50	1 000	50 000
Frais de fonctionnement				Info santé prévention	50	1 000	50 000
Salaires			280 000	Transport	100	250	25 000
Frais de déplacement			100 000	Droits d'adhésion	500	160	80 000
Loyer			100 000	Activités payantes			
Fournitures			50 000	Séances info santé	100	120	12 000
Total			3 661 200	Dons			20 000
				Total			3 824 600
Imprévus			163 400				

On constate que les frais de fonctionnement sont plus élevés que prévu: ils représentent 17% de la somme «Prime pure + Charge de sécurité» contre les 10% pris en compte dans le calcul de la cotisation. On peut à ce stade réintégrer dans le calcul de la cotisation la valeur corrigée du pourcentage des frais de fonctionnement (17% au lieu de 10%) ce qui contribuera à accroître légèrement les cotisations mais également le poste imprévu.