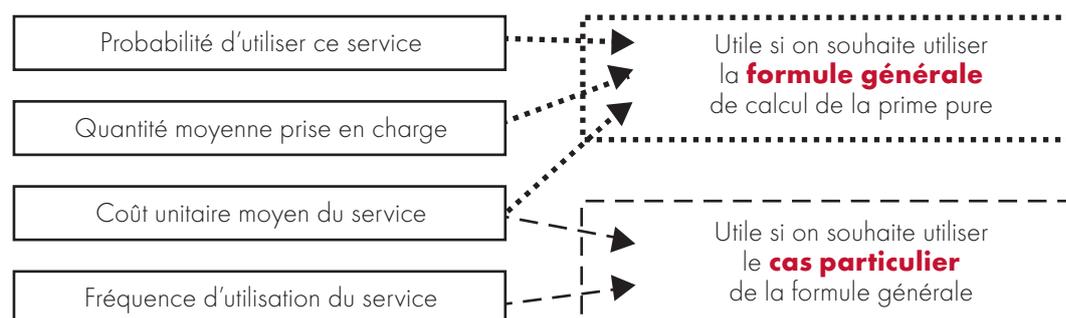


4.5.2a) Calcul de la prime pure à partir des dépenses de santé de la population cible

Il y a deux manières de calculer la prime pure:

- à partir des dépenses de santé des personnes couvertes ► traité ici;
- à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires ► voir 4.5.2b), page 145.

Cette section explique comment calculer pour chaque service de santé les indicateurs suivants:



Ensuite, il suffit de multiplier les indicateurs ainsi obtenus pour calculer la prime pure (selon la formule générale de calcul ou le cas particulier de la formule générale):

Formule générale	Cas particulier de la formule générale
<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>Prime pure (pour un service de santé)</p> <p>=</p> <p>Fréquence d'utilisation de ce service × Coût unitaire moyen</p>

Exception: Dans le cas des garanties «Plafond annuel» ou «Franchise monétaire annuelle», la prime pure est égale à: probabilité d'utiliser le service × coût annuel moyen. Une estimation de la distribution du coût annuel moyen peut être obtenue à partir de la distribution du coût unitaire multipliée par la quantité moyenne (voir § *Cas de franchises et de plafonds annuels: calcul du coût annuel moyen*, page 141).

Calcul de la probabilité d'utiliser un service de santé (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

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

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 trois indicateurs ont été calculés: la probabilité de tomber malade, la proportion attendue de malades ayant recours à la formation sanitaire et la proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire. Pour plus de détails, se reporter à:

► **3.4.6** - Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 85.

La probabilité d'utiliser le service de santé est obtenue en multipliant entre eux ces 3 indicateurs:

<p>Probabilité (service de santé) =</p> <p>Probabilité (malade)</p> <p>× Proportion attendue de malades ayant recours à la formation sanitaire</p> <p>× Proportion d'utilisateurs du service au sein des utilisateurs de la formation sanitaire</p>

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

L'exploitation des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé a permis d'obtenir deux indicateurs: le nombre de personnes couvertes ayant utilisé au moins une fois dans l'année le service de santé et la population totale couverte par le système (voir de même 3.4.6). La probabilité d'utiliser le service de santé est obtenue en divisant le premier par le second:

$$\text{Probabilité (service de santé)} = \frac{\text{Nombre d'utilisateurs du service dans l'année (chacun comptabilisé une seule fois)}}{\text{Population couverte par le système}}$$

Calcul de la quantité moyenne prise en charge (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible» (voir 3.4.6) un tableau de synthèse a été rempli comprenant 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.

Exemple de tableau (données fictives):

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	50	30	10	5	3

Ce tableau permet à présent de calculer la quantité moyenne prise en charge, quel que soit le mode d'expression de la garantie:

- premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie ne comporte pas de limitation particulière de la quantité d'utilisation du service de santé;
- deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation de la quantité prise en charge;
- troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise en quantité.

Pour plus de détails sur les méthodes de collecte et le tableau de synthèse, se reporter à:

► **3.4.6** – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 92.

1. Premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie ne comporte pas de limitation particulière de la quantité prise en charge

Exemples de garanties

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation	100% des dépenses engagées, à chaque consultation, quel que soit le nombre de consultations dans l'année
Pharmacie	60% du montant de chaque ordonnance

Formule de calcul de la quantité moyenne prise en charge

$$\text{Quantité moyenne prise en charge} = \frac{\text{Nombre de fois où le service a été utilisé dans l'année}}{\text{Nombre total de patients (chacun comptabilisé une seule fois, même s'il a utilisé le service plus d'une fois)}}$$

CAS PRATIQUE

Calcul de la quantité moyenne prise en charge dans le cas d'une garantie sans limitation en quantité (cas le plus fréquent)

La collecte des données pour le service consultation a été réalisée auprès de 98 patients. Le tableau synthétique comporte les informations suivantes:

Nombre de fois où le service consultation a été utilisé dans l'année	1	2	3	4	5
Nombre de patients concernés	50	30	10	5	3

La quantité moyenne prise en charge = $[(1 \times 50) + (2 \times 30) + (3 \times 10) + (4 \times 5) + (5 \times 3)] / (50 + 30 + 10 + 5 + 3) = 175 / 98 = 1,79$.

2. Deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation de la quantité prise en charge

Exemples de garanties

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation prénatale	100% limité à 3 CPN par personne et par an
Hospitalisation	80% limité à 12 jours par personne et par an
Lunetterie	1500 UM limité à un équipement par personne et par an

Le premier exemple de garantie prend en charge les consultations prénatales à hauteur de 100% des dépenses engagées dans la limite de 3 consultations par personne et par an. Si la bénéficiaire consomme 1, 2 ou 3 CPN, celles-ci sont intégralement prises en charge. La quatrième consultation, en revanche, n'est pas du tout prise en charge. Ce type de limitation permet de protéger le système contre une consommation de certains assurés nettement supérieure à la moyenne.

Formule de calcul de la quantité moyenne prise en charge

La quantité moyenne prise en charge est inférieure au nombre moyen d'actes consommés par la population de référence. Voir le cas pratique ci-après pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul de la quantité moyenne dans le cas d'une garantie avec limitation de la quantité prise en charge

La collecte de données pour le service «Consultation prénatale» a été réalisée auprès de 150 femmes enceintes et ayant effectué au moins une consultation prénatale dans l'année. Le tableau synthétique est le suivant:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2

La garantie est 100% des dépenses engagées limitées à 3 CPN par femme enceinte et par an. La quantité prise en charge est donc:

- la quantité réelle consommée pour les patientes utilisant moins de 3 CPN;
- 3 CPN pour celles utilisant plus de 3 CPN.

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2
Quantité prise en charge	1	2	3	3	3	3

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(100 \times 1) + (20 \times 2) + ((20 + 5 + 3 + 2) \times 3)] / 150 = 1,53$

Remarque: La quantité moyenne de la garantie 100% des dépenses engagées sans limitation aurait été = $[(100 \times 1) + (20 \times 2) + (20 \times 3) + (5 \times 4) + (3 \times 5) + (2 \times 6)] / 150 = 1,65$.

Prise en compte de l'impact de la garantie sur la consommation des bénéficiaires

On peut supposer que la mise en place de la garantie «Consultation prénatale» va contribuer à augmenter le nombre de recours chez les femmes qui jusqu'à présent consommaient 1 ou 2 CPN.

En s'appuyant sur un sondage réalisé auprès d'un échantillon de femmes enceintes, on peut par exemple formuler les hypothèses suivantes. Les femmes qui jusqu'à présent consommaient 1 CPN vont pour 25% d'entre elles garder le même niveau de consommation, pour 25% consommer 2 CPN et pour 50% consommer 3 CPN. Les femmes qui jusqu'à présent consommaient 2 CPN vont pour 50% d'entre elles garder le même niveau de consommation, et pour 50% consommer 3 CPN. Les autres femmes (3 CPN et plus) garderont le même comportement. Par conséquent, les quantités de CPN consommées seront vraisemblablement les suivantes:

Nombre d'utilisations du service	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	25	35	80	5	3	2
Quantité prise en charge	1	2	3	3	3	3

Donc la quantité moyenne prise en charge sera égale à: $[(25 \times 1) + (35 \times 2) + ((80 + 5 + 3 + 2) \times 3)] / 150 = 2,43$.

3. Troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise en quantité

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Hospitalisation	Le premier jour d'hospitalisation n'est pas pris en charge Le deuxième jour et les suivants sont pris en charge à 80% des dépenses engagées

Dans le cadre de cet exemple si le bénéficiaire est hospitalisé une seule journée, l'hospitalisation n'est pas prise en charge. S'il est hospitalisé plus d'une journée, le premier jour reste à sa charge. La garantie ne prend en charge les frais d'hospitalisation qu'à partir du deuxième jour.

Ce type de garanties consiste à ne prendre en charge les dépenses de santé que lorsqu'elles commencent à poser des problèmes financiers aux assurés. La franchise du premier jour d'hospitalisation permet en outre de décourager le comportement de certains assurés qui, sinon, se feraient hospitaliser pour des maladies bénignes (nécessitant seulement une journée d'observation à l'hôpital).

Formule de calcul de la quantité moyenne prise en charge

La quantité moyenne prise en charge est inférieure au nombre moyen d'actes consommés par la population de référence. Voir le cas pratique ci-après pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul de la quantité moyenne dans le cas d'une garantie avec une franchise en quantité

La collecte de données pour le service «Hospitalisation médicale» a été réalisée auprès de 200 patients. Le tableau synthétique est le suivant:

Nombre de jours d'hospitalisation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2

La garantie couvre 80% des dépenses engagées avec une franchise pour le premier jour d'hospitalisation. La quantité prise en charge est donc: 0 jour pour les patients hospitalisés une journée; le nombre de jours d'hospitalisation moins un jour pour les autres.

Nombre de jours d'hospitalisation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2
Quantité prise en charge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(0 \times 35) + (1 \times 15) + (2 \times 15) + (3 \times \dots)] / 200 = 3,91$.

Remarque: La quantité moyenne de la garantie 80% des dépenses engagées sans franchise aurait été = $[(35 \times 1) + (15 \times 2) + (15 \times 3) + (35 \times 4) + \dots] / 200 = 4,91$.

Calcul du coût unitaire moyen (→ utile quelle que soit la formule de calcul de la prime pure utilisée)

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible» (voir 3.4.6) un tableau de synthèse a été rempli.

Avec la première méthode de collecte (à partir des données des formations sanitaires: registres, rapports d'activité, statistiques, témoignage du personnel de santé), le tableau de synthèse comprend pour chaque pathologie, le taux de prévalence de la pathologie et le coût moyen du service pour cette pathologie. Exemple de tableau (données fictives):

Pathologie	Paludisme	Troubles respiratoires	Diarrhée	...
Coût moyen du service	1000	1500	1200	
Taux de prévalence	10%	15%	9%	

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

Dans le cadre des autres méthodes de collecte (suivi d'un échantillon de patients, données de gestion de systèmes de micro-assurance santé préexistants), le tableau de synthèse comprend 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. Exemple de tableau (données fictives):

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

Cette forme de présentation permet de calculer le coût unitaire moyen du service, quel que soit le mode d'expression de la garantie:

- premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie prend en charge 100% des dépenses engagées ou Y% des dépenses engagées avec $Y < 100$ (garantie avec ticket modérateur);
- deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation monétaire («plafond» ou «forfait») à chaque utilisation;
- troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise monétaire à chaque utilisation.

Pour plus de détails sur les méthodes de collecte et le tableau de synthèse, se reporter à:

▶ **3.4.6** - Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 94.

1. Premier mode d'expression (le plus fréquent): la garantie prend en charge 100% des dépenses engagées ou Y% des dépenses engagées avec Y < 100 (garantie avec ticket modérateur)

Exemples de garanties

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation	80% du tarif de la consultation (ticket modérateur de 20%)
Accouchement à l'hôpital	100% des frais d'accouchement

Formule de calcul du coût unitaire moyen de la prise en charge

Le coût unitaire moyen de la prise en charge du service de santé est le montant pris en charge en moyenne pour ce service.

Dans le cas où la garantie prend en charge l'intégralité des dépenses engagées, le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal au coût unitaire moyen du service de santé pour les patients avant la mise en place du système de micro-assurance santé c'est-à-dire au tarif pratiqué en moyenne par les prestataires de soins pour ce service.

$$\text{Coût unitaire moyen (service de santé)} = \text{Tarif moyen (service)}$$

Dans le cas où la garantie ne prend en charge qu'un pourcentage des dépenses engagées (ticket modérateur), le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal à ce pourcentage multiplié par le tarif moyen observé avant la mise en place du système de micro-assurance.

$$\text{Coût unitaire moyen (service de santé)} = Y\% \times \text{Tarif moyen (service)}$$

où Y% est le taux de prise en charge

La mise en place du système de micro-assurance santé ne contribue pas a priori à modifier les tarifs moyens des services de santé, sauf si le système passe un accord sur les prix avec les prestataires de soins visant à modifier les tarifs pratiqués.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût unitaire moyen dans le cas de garanties 100% des dépenses engagées ou avec ticket modérateur

Premier exemple: la collecte des données a été effectuée à partir des données des formations sanitaires (registres, rapports d'activité, témoignage du personnel, statistiques). Le tableau de synthèse comporte les informations suivantes:

Pathologie	1	2	3	4	5
Taux de prévalence	10%	25%	30%	30%	5%
Coût moyen de la consultation	300	300	300	300	300
Coût moyen de l'ordonnance	700	300	700	1 000	800
Coût moyen des analyses	500	200	300	200	600

La garantie couvre 100% des dépenses engagées pour la consultation, 80% des dépenses engagées pour la pharmacie (ordonnances) et 60% des dépenses engagées pour les analyses.

	Tarif moyen	Y% Tarif moyen
Consultation	300 UM	$100\% \times 300 = 300 \text{ UM}$
Pharmacie (ordonnances)	$(10\% \times 700) + (25\% \times 300) + \text{etc.} = 695 \text{ UM}$	$80\% \times 695 = 556 \text{ UM}$
Analyses	$(10\% \times 500) + (25\% \times 200) + \text{etc.} = 280 \text{ UM}$	$60\% \times 280 = 168 \text{ UM}$

Deuxième exemple: la collecte des données a été effectuée à partir du suivi d'un échantillon de patients. Le tableau de synthèse comporte les informations suivantes:

Coût d'une consultation	200	300	400	500
Nombre de consultations concernées	1	9	1	1

Coût d'une ordonnance	240	250	300	350	400	500	800
Nombre d'ordonnances concernées	1	1	1	1	1	1	1

La garantie couvre 100% des dépenses engagées pour la consultation et 80% des dépenses engagées pour la pharmacie (ordonnances).

	Tarif moyen	Y% Tarif moyen
Consultation	$[(1 \times 200) + (9 \times 300) + (1 \times 400) + (1 \times 500)] / (1 + 9 + 1 + 1) = 3800 / 12 = 316,67$	$100\% \times 316,67 = 316,67 \text{ UM}$
Pharmacie (ordonnances)	$[(240 \times 1) + (250 \times 1) + \text{etc.}] / (1 + 1 + \dots) = 2840 / 7 = 405,71$	$80\% \times 405,71 = 324,57 \text{ UM}$

2. Deuxième mode d'expression: la garantie comporte une limitation monétaire («Plafond» ou «Forfait») à chaque utilisation

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation	100% des dépenses engagées dans la limite d'un forfait de 600 UM par consultation

Si le tarif de la consultation est inférieur à 600 UM, la consultation est entièrement prise en charge. Si le tarif est supérieur à 600 UM, la garantie prend en charge le forfait (600 UM); la différence entre le tarif et le forfait est à la charge de l'adhérent.

Exemple: Si le tarif de la consultation est de 500 UM, la prise en charge couvre 100% des dépenses engagées soit 500 UM et le reste à la charge de l'adhérent est nul. Si le tarif de la consultation est de 1000 UM, la prise en charge est de 600 UM et il reste à la charge de l'adhérent 400 UM.

Formule de calcul du coût unitaire moyen de la prise en charge

Le coût unitaire moyen de la prise en charge est inférieur au tarif moyen du service de santé. Voir le cas pratique ci-après pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût unitaire moyen dans le cas d'une garantie «Plafond» ou «Forfait»

La collecte de données pour le service «Consultation» auprès de 150 cas de consultations a permis d'établir le tableau de synthèse suivant:

Coût d'une consultation (UM)	300	400	500	600	700	800	900	1000
Nombre de consultations concernées	10	20	50	30	20	10	5	5

La garantie couvre 100% des dépenses engagées limitées à 600 UM. Le montant pris en charge s'élève à 100% des dépenses engagées pour les patients ayant dépensé moins de 600 UM et 600 UM pour les autres.

Coût d'une consultation (UM)	300	400	500	600	700	800	900	1000
Nombre de consultations concernées	10	20	50	30	20	10	5	5
Montant pris en charge	300	400	500	600	600	600	600	600

Donc le coût unitaire moyen de la prise en charge = $[(10 \times 300) + (20 \times 400) + (50 \times 500) + (30 + 20 + 10 + 5 + 5) \times 600 \text{ UM}] / 150 = 520 \text{ UM}$.

Remarque: Le coût unitaire moyen de la garantie 100% des dépenses engagées sans limitation aurait été = $[(10 \times 300) + (20 \times 400) + (50 \times 500) + (30 \times 600) + (20 \times 700) + (10 \times 800) + (5 \times 900) + (5 \times 1000)] / 150 = 570 \text{ UM}$.

3. Troisième mode d'expression: la garantie comporte une franchise monétaire à chaque utilisation

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Interventions chirurgicales	100% des dépenses engagées moins un montant de franchise (de 2000 UM)

Si les frais de chirurgie sont inférieurs à 2000 UM, ils restent entièrement à la charge de l'adhérent et la prise en charge est égale à 0. Si les frais de chirurgie sont supérieurs à 2000 UM, la garantie prend en charge les frais moins le montant de franchise (2000 UM) qui reste à la charge de l'adhérent.

Exemple: Si les frais de chirurgie sont de 1500 UM, la prise en charge est nulle et il reste 1500 UM à la charge de l'adhérent. Si les frais de chirurgie sont de 3000 UM, la prise en charge est 3000 UM – 2000 UM soit 1000 UM et il reste à la charge de l'adhérent 2000 UM (la franchise).

Formule de calcul du coût unitaire moyen de la prise en charge

Le coût unitaire moyen de la prise en charge est là encore inférieur au tarif moyen du service de santé. Voir le cas pratique pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût unitaire moyen dans le cas d'une garantie comprenant une franchise monétaire

La collecte de données pour le service «Chirurgie» auprès de 150 cas d'interventions chirurgicales a permis de dresser le tableau synthétique suivant:

Coût de l'intervention	500	1000	1500	2000	3000	4000	5000	10000
Nombre de cas concernés	10	20	50	30	20	10	5	5

La garantie couvre 100% des dépenses engagées moins une franchise de 2000 UM. Le montant pris en charge est:

- 0 pour les patients ayant dépensé moins de 2000 UM
- 100% des dépenses engagées – 2000 UM, pour les patients ayant dépensé plus de 2000 UM.

Coût de l'intervention	500	1000	1500	2000	3000	4000	5000	10000
Nombre de cas concernés	10	20	50	30	20	10	5	5
Montant pris en charge	0	0	0	0	1000	2000	3000	8000

Donc le coût unitaire moyen de la prise en charge = $\frac{[(10 + 20 + 50 + 30) \times 0] + (20 \times 1000) + (10 \times 2000) + (5 \times 3000) + (5 \times 8000)}{150} = 633,33 \text{ UM}$.

Remarque: Le coût unitaire moyen de la garantie 100% des dépenses engagées sans franchise aurait été = $\frac{[(10 \times 500) + (20 \times 1000) + (50 \times 1500) + (30 \times 2000) + (20 \times 3000) + (10 \times 4000) + (5 \times 5000) + (5 \times 10000)]}{150} = 2233,33 \text{ UM}$

Cas de plafonds annuels et de franchises: calcul du coût annuel moyen (→ utile si l'on utilise la formule générale de calcul de la prime pure)

Dans le cas de garanties «Plafond annuel» ou «Franchise monétaire annuelle», la limitation ne s'applique ni à la quantité consommée ni au coût unitaire mais au coût annuel. Il est donc nécessaire de connaître la distribution du coût annuel pour calculer la prime pure. Cette distribution peut être connue si on collecte directement ces valeurs auprès d'un échantillon de population. Il s'agit dans ce cas d'effectuer pour chaque individu de l'échantillon le cumul des coûts de consommation du service de santé considéré. Sinon on peut reconstituer le coût annuel à partir des valeurs du coût unitaire et de la quantité consommée (méthode suivie ici).

1. Premier mode d'expression: la garantie comporte un plafond annuel

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Optique	100% des dépenses limitées à 3000 UM par an et par personne

Formule de calcul du coût annuel moyen

On reconstitue la distribution du coût annuel à partir du coût unitaire et de la quantité consommée. Puis on calcule le coût annuel moyen pris en charge dans le cadre de la garantie. Voir le cas pratique pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût annuel moyen dans le cas d'une garantie comprenant un plafond annuel

La collecte de données pour le service «Optique» auprès de 100 personnes ayant acheté des équipements d'optique dans l'année a permis d'établir le tableau de synthèse des quantités consommées ci-après:

Nombre de fois où des équipements d'optique ont été achetés dans l'année	1	2	3
Nombre de patients concernés	80	18	2

Deux patients ont effectué 3 achats d'optique dans l'année, 18 en ont effectué 2 et la grande majorité (80/100) en ont effectué un seul. La quantité moyenne = $[(1 \times 80) + (2 \times 18) + (3 \times 2)] / (80 + 18 + 2) = 1,22$.

Par ailleurs les coûts unitaires (coût de chaque achat) recensés sont les suivants:

Coût d'un équipement	1900	2000	2300	2500	2700	3000	3500	3700	4000	4500
Nombre d'achats concernés	5	30	5	30	5	30	5	5	5	2

On reconstitue le coût annuel en faisant l'hypothèse simplificatrice que chaque consommateur d'optique a acheté 1,22 équipement dans l'année.

Coût annuel des achats en optique	2318	2440	2806	3050	3294	3660	4270	4514	4880	5490
Nombre d'achats concernés	5	30	5	30	5	30	5	5	5	2

La garantie couvre 100% des dépenses engagées limitées à 3000 UM par personne et par an. Le montant annuel pris en charge s'élève à 100% des dépenses engagées pour les patients ayant dépensé moins de 3000 UM dans l'année et 3000 UM pour les autres.

Montant annuel pris en charge	2318	2440	2806	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000
Nombre d'achats concernés	5	30	5	30	5	30	5	5	5	2

Le coût annuel moyen de la prise en charge est donc: $[(2318 \times 5) + (2440 \times 30) + \dots] / (5 + 30 + \dots) = 2826,39 \text{ UM}$.

2. Deuxième mode d'expression: la garantie comporte une franchise monétaire annuelle

Exemple de garantie

Service de santé pris en charge	Niveau de prise en charge
Consultation et pharmacie	100% des dépenses engagées au-delà d'une franchise annuelle de 3000 UM

Formule de calcul du coût annuel moyen

On reconstitue de même la distribution du coût annuel à partir du coût unitaire et de la quantité consommée. Puis on calcule le coût annuel moyen pris en charge dans le cadre de la garantie. Voir le cas pratique pour la méthode de calcul.

CAS PRATIQUE

Calcul du coût annuel moyen dans le cas d'une garantie comprenant une franchise monétaire annuelle

La collecte de données pour le regroupement d'actes «Consultation et pharmacie» a été réalisée auprès de 150 patients ayant effectué au moins une consultation dans l'année (avec ou non achat de médicaments). Le tableau synthétique est le suivant:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patients concernés	100	20	20	5	3	2

La quantité moyenne d'utilisation du service est donc: $[(1 \times 100) + (2 \times 20) + \dots] / 150 = 1,65$.

Par ailleurs les coûts unitaires (de la consultation avec le cas échéant les médicaments) recensés sont les suivants:

Coût du service	700	1000	3000	5000	7000	10000	15000	20000
Nombre de cas concernés	20	25	30	50	50	45	20	7

On reconstitue le coût annuel en faisant l'hypothèse simplificatrice que chaque patient a utilisé le service 1,65 fois dans l'année.

Calcul du coût annuel moyen dans le cas d'une garantie comprenant une franchise monétaire annuelle (suite)

Coût annuel	1155	1650	4950	8250	11 550	16 500	24 750	33 000
Nombre de cas concernés	20	25	30	50	50	45	20	7

La garantie est 100% des dépenses engagées au-delà d'une franchise annuelle de 3000 UM par personne qui reste à la charge du patient. Le montant annuel pris en charge est de 0 pour ceux qui ont dépensé moins de 3000 UM dans l'année et de 100% des dépenses engagées moins le montant de la franchise pour les patients ayant dépensé plus de 3000 UM dans l'année.

Montant annuel pris en charge	0	0	1950	5250	8550	13 500	21 750	30 000
Nombre de cas concernés	20	25	30	50	50	45	20	7

Le coût annuel moyen de la prise en charge est égal à: $[(0 \times 20) + (0 \times 25) + (1950 \times 30) + \dots] / (20 + 25 + 30 + \dots) = 8101,22 \text{ UM}$.

Calcul de la fréquence d'utilisation d'un service de santé (→ utile si l'on utilise le cas particulier de la formule générale de calcul de la prime pure)

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

Lors de la transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 trois indicateurs ont été calculés: la fréquence des maladies, la proportion attendue de cas de maladie traités dans le cadre de la formation sanitaire et la part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire. Pour plus de détails, se reporter à:

► **3.4.6** – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 6 «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible», page 101.

La fréquence d'utilisation du service de santé est ensuite obtenue en multipliant entre eux ces trois indicateurs:

<p>Fréquence (service de santé) = Fréquence (maladies) × Proportion attendue de cas de maladie traités par la formation sanitaire × Part du service de santé dans le nombre total de cas traités par la formation sanitaire</p>
--

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

L'exploitation des données de gestion de systèmes de micro-assurance santé (voir de même 3.4.6) a permis d'obtenir deux indicateurs: le nombre d'utilisations du service de santé dans l'année parmi les personnes couvertes et la population totale couverte par le système. La fréquence d'utilisation du service de santé est obtenue en divisant le premier par le second:

$$\text{Fréquence (service de santé)} = \frac{\text{Nombre d'utilisations du service dans l'année}}{\text{Population couverte par le système}}$$



Exemple: Si l'étude de l'aire d'attraction d'un hôpital montre les taux de fréquentation suivants:

- Zone 1 (proche): 7,5%
- Zone 2 (intermédiaire): 5%
- Zone 3 (éloignée): 2,5%

On peut décider de tenir compte de ce facteur d'éloignement dans le calcul des primes correspondant aux services de l'hôpital par l'application de correctifs géographiques.

- Prime pure corrigée (zone 1) = $1,5 \times$ prime pure de référence
- Prime pure corrigée (zone 2) = $1 \times$ prime pure de référence
- Prime pure corrigée (zone 3) = $0,5 \times$ prime pure de référence

Les valeurs de ces coefficients sont données à titre indicatif. On peut également choisir des coefficients qui ne respectent pas le rapport des taux de fréquentation.

Prise en compte de l'impact du tiers payant et des services d'éducation à la santé et de prévention

Le système de micro-assurance santé peut mettre en place:

- des mécanismes facilitant l'accès aux soins comme le tiers payant;
- des services comme l'organisation de séances d'information santé.

Certains services et modalités de prise en charge ont un impact positif (inflationniste) ou négatif (déflationniste) sur la consommation médicale et donc le coût du risque. Ainsi, le tiers payant contribue le plus souvent à accroître les dépenses de médicaments (surconsommation, surprescription). Des séances d'information sur les médicaments génériques peuvent à l'inverse contribuer à diminuer les dépenses liées aux médicaments, les patients étant plus favorables à la prescription de génériques.

La prise en compte de l'impact des services ou modalités de prise en charge sur la prime pure peut être effectuée au moyen de correctifs.

Exemple: Si on observe que la mise en place du tiers payant contribue à accroître les dépenses de médicaments de 20%, on peut calculer deux primes pures pour le poste médicaments:

- Prime pure (avec tiers payant) = $1,2 \times$ prime pure de référence;
- Prime pure (sans tiers payant) = $1 \times$ prime pure de référence.

Un arbitrage entre la commodité du tiers payant et son coût doit ensuite être effectué.

Prise en compte de l'impact de la période d'attente

La mise en place d'une période d'attente a deux effets: elle décourage les comportements opportunistes consistant à adhérer à un système de micro-assurance santé parce que l'on en a immédiatement besoin; elle contribue a priori à diminuer la quantité moyenne de services de santé consommés la première année d'adhésion et donc le coût du risque.

Le deuxième impact peut être évalué et répercuté dans le calcul de la prime pure. L'économie réalisée en première année d'adhésion peut être répercutée soit sur la première année de cotisations, soit sur plusieurs années de cotisations (ce qui permet de garder le même niveau

de cotisation la première année et les années suivantes). Le cas pratique ci-après propose une méthode pour prendre en compte cet impact.

Dans la pratique la mise en place d'une période d'attente vise surtout à décourager les comportements opportunistes et est utilisée comme une marge de sécurité supplémentaire. Par conséquent la correction de la prime n'est généralement pas effectuée.

CAS PRATIQUE

Prise en compte de l'impact de la période d'attente dans le calcul de la prime pure (service consultation)

Hypothèses:

- La quantité moyenne prise en charge est de 1,2 consultation par an.
- On met en place une période d'attente de trois mois la première année.
- La durée prévisionnelle moyenne de l'adhésion est de sept ans.
- On raisonne à paramètres constants sur sept ans et sans actualisation.
- La probabilité de la consultation est égale à 0,45.
- Le coût unitaire moyen de la consultation est égal à 400 UM.

Pendant les trois premiers mois (période d'attente) l'assurance réalise une «économie» de $1,2 \times 3 / 12$ soit 0,3 unités de consultation par individu protégé.

- La première année le coût du risque = $0,45 \times 0,9 \times 400$.
- Les années suivantes le coût du risque = $0,45 \times 1,2 \times 400$.

On souhaite faire payer la même cotisation la première année et les années suivantes. Par conséquent on rapporte l'économie réalisée grâce à la période d'attente en première année sur l'ensemble des primes (première année et années suivantes). La somme des primes pures sur la durée de vie de l'adhésion (sept ans en moyenne) est de:

- avec la période d'attente: $(0,9 + (6 \times 1,2)) \times 0,45 \times 400 = 1458$ UM;
- sans la période d'attente: $7 \times 1,2 \times 0,45 \times 400 = 1512$ UM.

L'économie réalisée grâce à la période d'attente est de:

- 54 UM sur sept ans, c'est-à-dire 7,7 UM par an.

La prime pure annuelle doit donc être de: $1458 / 7 = 208,3$ UM.

Formule générale

La mise en place d'une période d'attente permet une réduction annuelle de:

$$\text{Réduction annuelle} = \frac{d}{12 \times D} \times \text{Prime pure}$$

où d est la durée en mois de la période d'attente la première année (par exemple: trois mois) et D est la durée prévisionnelle moyenne de l'adhésion en nombre d'année (par exemple: sept ans).

Si on souhaite répercuter la réduction sur les cotisations des membres (première année et années suivantes), la prime pure corrigée annuelle est égale à:

$$\text{Prime pure corrigée} = \left[1 - \frac{d}{12 \times D} \right] \times \text{Prime pure}$$

Prise en compte des risques de dérive de l'assurance: risque moral et de surprescription, sélection adverse, occurrence de cas catastrophiques

Le risque moral

Le risque moral est un phénomène par lequel les membres du système de micro-assurance santé ont tendance à consommer plus que d'ordinaire les services couverts, car ils se savent assurés.

Exemple: Si la garantie prévoit la prise en charge de 5 consultations prénatales les bénéficiaires femmes auront tendance à effectivement consommer 5 CPN (même si 3 CPN auraient suffi).

Ils ont tendance à modifier leur consommation médicale pour profiter au maximum des prestations offertes.

Exemple: Si la garantie prévoit la prise en charge de la consultation à hauteur d'un forfait, les personnes couvertes auront tendance à consommer l'intégralité du forfait en allant par exemple chez des prestataires de soins privés, plus chers que ceux habituellement consultés.

Le risque de surprescription

Le risque de surprescription est un phénomène par lequel les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.

La sélection adverse

La sélection adverse est un phénomène par lequel les personnes présentant un risque élevé de maladie adhèrent en grand nombre, et les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier.

Si le système de micro-assurance santé propose plusieurs formules de couverture, la sélection adverse se manifeste aussi lorsque les couvertures les plus complètes sont choisies en priorité par les personnes présentant un risque fort de maladie.

Le coût du risque de ces individus est supérieur au coût moyen observé dans la population cible totale et donc à la prime pure calculée pour un individu de référence. Ce phénomène peut compromettre la viabilité financière du système car il entraîne un niveau de dépenses par personne couverte «plus élevé que prévu».

Les cas catastrophiques

Les cas catastrophiques sont des événements qui touchent une grande partie de la population couverte (épidémies) et/ou dont les coûts unitaires sont élevés comme une hospitalisation très coûteuse. L'occurrence de cas catastrophiques peut mettre en péril la viabilité financière du système de micro-assurance santé.

Impact de ces risques

Il est difficile de chiffrer l'impact de ces risques sur la prime. Le risque moral et les surprescriptions, en particulier, ne concernent pas tous les individus et peuvent énormément varier d'une population à l'autre.

Tout au plus, le système peut-il se prémunir contre ces risques en effectuant un choix judicieux des services couverts et des niveaux de prise en charge :

- choisir avec précaution les services de santé couverts: éviter de prendre en charge les hospitalisations programmées, exclure les médicaments spécialisés, limiter la prise en charge des médicaments aux génériques ou à une liste de médicaments essentiels;
- proposer des niveaux de prise en charge croissants avec le nombre d'années d'affiliation;
- effectuer un choix judicieux et prudent des niveaux de prise en charge: éviter notamment de prendre en charge 100% des dépenses engagées, instaurer des limitations en nombre et en montant dans la couverture de certains soins de santé, instaurer des franchises en nombre et en montant.

4.5.4 Calcul de la charge de sécurité

La charge de sécurité permet principalement de se prémunir contre le risque statistique que, dans la population couverte, la proportion de consommateurs de chaque service de santé soit supérieure à la proportion initialement calculée à partir des données de consommation de la population cible.

Le risque d'écart est d'autant plus important que la taille de la population couverte (N) et que la probabilité de consommer le service de santé concerné (p) sont faibles. Ainsi lorsque le nombre de personnes assurées est faible (ex.: 300 personnes) et que le risque couvert est très aléatoire (ex.: hospitalisation, accouchement par césarienne ou autres interventions chirurgicales) le risque de déviation est maximum.

Ce risque est traduit par le coefficient (N,p) et la charge de sécurité est égale à: Coefficient (N,p) × Prime pure.

La charge de sécurité telle qu'elle est présentée ici vise à couvrir le possible écart aléatoire avec la valeur moyenne ayant servi au calcul. Elle est déterminée uniquement par des lois mathématiques. Certains acteurs incorporent également à la charge de sécurité un pourcentage de la prime pure destiné à couvrir d'autres coûts non prévus (coûts de fonctionnement, hausse des tarifs, impact des risques liés à l'assurance, etc.).

Valeurs indicatives du coefficient (N,p)

P	N = 100	N = 500	N = 1000	N = 2000	N = 5000	N = 10000	N = 20000	N = 50000	N = 80000
0,01	3,07	1,37	0,97	0,69	0,43	0,31	0,22	0,14	0,11
0,02	2,16	0,97	0,68	0,48	0,31	0,22	0,15	0,10	0,08
0,03	1,76	0,79	0,56	0,39	0,25	0,18	0,12	0,08	0,06
0,04	1,51	0,68	0,48	0,34	0,21	0,15	0,11	0,07	0,05
0,05	1,35	0,60	0,43	0,30	0,19	0,13	0,10	0,06	0,05
0,10	0,93	0,41	0,29	0,21	0,13	0,09	0,07	0,04	0,03
0,15	0,74	0,33	0,23	0,16	0,10	0,07	0,05	0,03	0,03
0,20	0,62	0,28	0,20	0,14	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02
0,25	0,54	0,24	0,17	0,12	0,08	0,05	0,04	0,02	0,02
0,30	0,47	0,21	0,15	0,11	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02
0,35	0,42	0,19	0,13	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01

Valeurs indicatives du coefficient (N,p) (suite)

P	N = 100	N = 500	N = 1000	N = 2000	N = 5000	N = 10000	N = 20000	N = 50000	N = 80000
0,40	0,38	0,17	0,12	0,08	0,05	0,04	0,03	0,02	0,01
0,45	0,34	0,15	0,11	0,08	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01
0,50	0,31	0,14	0,10	0,07	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,55	0,28	0,12	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,60	0,25	0,11	0,08	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,65	0,23	0,10	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01
0,70	0,20	0,09	0,06	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
0,75	0,18	0,08	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
0,80	0,15	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
0,85	0,13	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00
0,90	0,10	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
0,95	0,07	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00

Exemple d'utilisation

Hypothèses: Probabilité (service de santé) = 0,2; Taille prévue de la population couverte par le système de micro-assurance santé en première année = 1000 personnes (adhérents + personnes à charge).

Résultats: Coefficient (N=1000, p=0,2) = 20% et Charge de sécurité = 20% Prime pure.

Méthode de calcul du coefficient (N,p)

Le coefficient (N,p) est calculé en utilisant l'une des propriétés de la loi normale centrée réduite: le calcul d'un intervalle de confiance noté $I P_{0,998}$ qui comprend la proportion attendue de consommateurs du service avec 99% de chances.

4.5.5 Exemple de grille de calcul des cotisations

Le choix du couple prestations/cotisations repose sur l'élaboration de plusieurs scénarios. Ce choix peut être effectué dans le cadre de séances d'animation (démarche participative). Dans ce cas, le comité de pilotage prépare des grilles de calcul des cotisations qui serviront de support aux animations et permettront de tarifier les différentes propositions émises. Chaque grille de calcul correspond à une formule de couverture. Ces grilles comprennent une ligne pour chaque service de santé couvert et en colonne:

- les colonnes «Taux de prise en charge» et «Copaiement» qui indiquent la formule de couverture proposée pour le service de santé couvert et le niveau de copaiement éventuel;
- les colonnes «Proba», «Quantité moyenne» et «Coût unitaire moyen» qui donnent les valeurs calculées de chacun de ces indicateurs pour le service de santé considéré;
- la colonne «Prime pure», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: proba × quantité moyenne × coût unitaire moyen;
- la colonne «Charge de sécurité», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: prime pure × coefficient (N,p);

- la colonne «Coût de fonctionnement», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: $A\% \times$ (prime pure + charge de sécurité);
- la colonne «Excédent», dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: $B\% \times$ (prime pure + charge de sécurité + coût de fonctionnement);
- la colonne «Total» dans laquelle est inscrit le résultat du calcul: prime pure + charge de sécurité + coût de fonctionnement + excédent.

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations										
Pharmacie										
Accouchements simples										
CPN										
Radios										
Analyses										
Frais de séjour à l'hôpital										
Cotisation annuelle par personne										

4.5.6 Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique)

Il s'agit de remplir pas à pas la grille de calcul des cotisations. Le résultat obtenu peut être analysé en fonction des trois critères de choix du couple prestations/cotisations: la pertinence, l'accessibilité et la visibilité. Par ailleurs, il est important de vérifier que la formule de couverture permet de protéger le système contre les risques de dérive de l'assurance: les risques moral et de surprescription, le risque de sélection adverse, l'occurrence de cas catastrophiques. Lorsque la formule ne convient pas on peut ajouter ou supprimer des services et modifier les niveaux de prise en charge. On crée ainsi une nouvelle formule qui peut être à son tour analysée à la lumière des trois critères.

Colonnes «Taux de prise en charge» et «Copaïement⁶»

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Copaïement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations	100%	0								
Pharmacie	100%	0								
Accouchements simples	100%	0								
CPN	100% max. 3 par an	0*								
Radios	100% limité à 1200 UM	0*								
Analyses	80%	160								
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900								
Cotisation annuelle par personne										

* Dans la plupart des cas

La colonne «Copaïement» indique pour chaque service de santé quel serait le montant des dépenses qui resterait en moyenne ou en général à la charge des adhérents en fonction du niveau de prise en charge. Il s'agit d'une indication utile pour le choix des scénarios.

Remarque: Si le copaiement est trop élevé, le système de micro-assurance santé ne résout peut-être pas le problème d'accessibilité financière pour le service de santé considéré. S'il est trop faible, le système de micro-assurance santé peut être confronté à des problèmes de surconsommation.

Dans notre exemple, la consultation, la pharmacie et l'accouchement simple sont pris en charge à 100% des dépenses engagées. Le niveau de copaiement = 0 pour ces services.

Les consultations prénatales sont prises en charge à 100% des dépenses dans la limite de 3 CPN par femme enceinte et par an (dans la plupart des cas, les femmes consomment moins de 3 CPN, par conséquent on mentionnera «0» comme niveau de copaiement dans le tableau).

La prise en charge des radios est plafonnée à 1200 UM par radio (dans la plupart des cas les radios coûtent moins de 1200 UM, par conséquent on mentionnera «0» comme niveau de copaiement dans le tableau).

Les analyses sont prises en charge à 80% des dépenses engagées (ticket modérateur de 20%). Le tarif moyen des analyses = 800 UM. Le niveau de copaiement = 20% du tarif moyen. Donc le niveau moyen de copaiement des analyses = 160 UM.

Les frais de séjour à l'hôpital sont pris en charge à 80% à l'exception du premier jour qui n'est pas couvert (franchise du premier jour). Les tarifs des frais de séjour sont en moyenne de 5000 UM par jour. Le copaiement est donc de 5000 UM le premier jour et de 1000 UM les jours suivants, soit un total de 8900 UM pour une durée moyenne d'hospitalisation de 4,9 jours.

⁶ Toutes les données chiffrées (probabilités, quantités et tarifs moyens) sont fictives.

Colonnes «Proba», «Quantité moyenne», «Coût unitaire moyen» et «Prime pure»

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0				
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0				
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0				
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3				
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7				
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0				
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6				
										Cotisation annuelle par personne

* Dans la plupart des cas

Prime pure =
 Proba
 × Quantité moyenne
 × Coût unitaire moyen

Services pris en charge à 100% des dépenses engagées

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service consultation:

- la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année le service = 0,5;
- le nombre moyen de consultations par consommateur = 2,2 consultations par an;
- le tarif moyen d'une consultation = 500 UM.

La consultation est prise en charge à 100% des dépenses engagées. Par conséquent la prime pure (service consultation) = **0,5 × 2,2 × 500 = 550 UM**.

De la même manière on calcule la prime pure pour la pharmacie et le service accouchements simples.

Services pris en charge à 100% des dépenses engagées avec une limitation de la quantité prise en charge

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service consultation prénatale:

- la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année ce service = 0,02;
- le tarif moyen d'une CPN = 500 UM;
- les résultats de la collecte sur le nombre d'utilisation du service CPN sont les suivants:

Nombre de fois où le service a été utilisé	1	2	3	4	5	6
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2

La garantie couvre 100% des dépenses engagées limitées à 3 CPN par personne (femme enceinte) et par an. La quantité prise en charge est donc la quantité réelle pour les patientes utilisant moins de 3 CPN et 3 CPN pour les autres.

Quantité prise en charge	1	2	3	3	3	3
Nombre de patientes concernées	100	20	20	5	3	2

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(100 \times 1) + (20 \times 2) + ((20 + 5 + 3 + 2) \times 3)] / 150 = 1,53$. Par conséquent, la prime pure (CPN) = **$0,02 \times 1,53 \times 500 = 15,3$ UM.**

Services pris en charge à 100% à hauteur d'un plafond

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service radios, les coûts observés sont les suivants:

Coût unitaire	800	1000	1500	2000	2500
Nombre de cas de radios observés	38	12	6	3	1

La garantie est 100% des dépenses engagées limitées à 1200 UM par radio. Les coûts unitaires pris en charge sont donc les suivants:

Coût unitaire	800	1000	1200	1200	1200
Nombre de cas de radios observés	38	12	6	3	1

Le coût unitaire moyen est donc de 907 UM. Par ailleurs la probabilité est de 0,1 et la quantité moyenne prise en charge d'une radio par utilisateur et par an. La prime pure (radios) = **$0,1 \times 1 \times 907 = 90,7$ UM.**

Services pris en charge à 80% des dépenses engagées

Les résultats de la phase de collecte montrent que pour le service analyses:

- la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année le service = 0,15;
- le nombre moyen d'analyses par consommateur = 2 par an;
- le tarif moyen des analyses = 800 UM.

Le service analyses est pris en charge à 80% des dépenses engagées. Par conséquent le coût unitaire moyen (service analyses) = 640 UM. Et la prime pure (service analyses) = **$0,15 \times 2 \times 640 = 192$ UM.**

Services pris en charge avec une franchise en quantité

Les résultats de la collecte de données montrent pour le séjour à l'hôpital les durées suivantes:

Durée du séjour (en nombre de jours)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2

Les frais de séjour ne sont pas pris en charge pour le premier jour d'hospitalisation. La quantité prise en charge est donc zéro jour pour les patients hospitalisés une journée et le nombre de jours d'hospitalisation moins un jour pour les autres.

Quantité prise en charge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nombre de patients concernés	35	15	15	35	30	25	10	10	5	5	5	3	3	2	2

Donc la quantité moyenne prise en charge = $[(0 \times 35) + (1 \times 15) + (2 \times 15) + (3 \times 35) + \dots] / 200 = 3,91$. Le tarif moyen d'une journée est de 5000 UM; la garantie ne prend en charge que 80% des dépenses; donc le coût unitaire moyen pris en charge est de 4000 UM.

Par ailleurs la probabilité du séjour à l'hôpital est égale à 0,04. Donc prime pure (frais de séjour) = $0,04 \times 3,91 \times 4000 = 625,6 \text{ UM}$.

Colonne «Charge de sécurité»

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement A%	Excédent B%	Total
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0	55,0			
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0	80,0			
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0	50,4			
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3	10,4			
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7	26,3			
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0	44,2			
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6	300,3			
										Cotisation annuelle par personne

* Dans la plupart des cas

Charge de sécurité =
Prime pure
× Coefficient (N,p)

La population couverte en première année est estimée à 1000 personnes. La lecture de la grille des valeurs du coefficient (N,p) donne pour N = 1000:

Proba (p)	Population (N=1000)	Coefficient (N,p)
0,02	0,68	
0,03	0,56	
0,04	0,48	
0,1	0,29	
0,15	0,23	
0,5	0,1	

On calcule pour chaque service de santé la charge de sécurité égale à: coefficient (N,p) × prime pure. Ainsi pour le service «Consultations», proba = 0,5, donc coefficient (N,p) = 0,10 et charge de sécurité = $0,10 \times 550 \text{ UM} = 55 \text{ UM}$.

Colonnes «Coût de fonctionnement» et «Excédent»

$$\text{Coût de fonctionnement} = 10\% \times (\text{prime pure} + \text{charge de sécurité})$$

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement 10%	Excédent 5%	Total
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0	55,0	60,5	33,3	
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0	80,0	88,0	48,4	
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0	50,4	14,0	7,7	
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3	10,4	2,6	1,4	
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7	26,3	11,7	6,4	
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0	44,2	23,6	13,0	
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6	300,3	92,6	50,9	
										Cotisation annuelle par personne

* Dans la plupart des cas

$$\text{Excédent} = 5\% \times (\text{prime pure} + \text{charge de sécurité} + \text{coût de fonctionnement})$$

On fixe dans un premier temps les coûts de fonctionnement à $10\% \times (\text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité})$. Ce pourcentage pourra être revu (vraisemblablement à la hausse) au moment de l'établissement du budget prévisionnel. On fixe le niveau d'excédent à $5\% \times (\text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité} + \text{Coût de fonctionnement})$.

Colonne «Total»

Cotisation totale =
Prime pure + Charge de sécurité +
Coût de fonctionnement + Excédent

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				Total (UM)
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement 10%	Excédent 5%	
Consultations	100%	0	0,50	2,20	500	550,0	55,0	60,5	33,3	698,8
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	800,0	80,0	88,0	48,4	1016,4
Accouchements simples	100%	0	0,03	1	3000	90,0	50,4	14,0	7,7	162,2
CPN	100% max. 3 par an	0*	0,02	1,53	500	15,3	10,4	2,6	1,4	29,7
Radios	100% limité à 1200 UM	0*	0,10	1	907	90,7	26,3	11,7	6,4	135,1
Analyses	80%	160	0,15	2	640	192,0	44,2	23,6	13,0	272,8
Frais de séjour à l'hôpital	80% avec franchise du 1 ^{er} jour	8900	0,04	3,91	4000	625,6	300,3	92,6	50,9	1069,4
Cotisation annuelle par personne										3384,3

* Dans la plupart des cas

Cotisation annuelle =
Somme des cotisations par service

On calcule pour chaque service de santé: Cotisation totale (service) = Prime pure + Charge de sécurité + Coût de fonctionnement + Excédent. La cotisation annuelle (non corrigée) par individu est ensuite obtenue en effectuant la somme des cotisations pour chaque service de santé.

Correction de la prime pure de certains services de santé

On souhaite mettre en place un système de tiers payant pour la pharmacie. On sait, d'après d'autres expériences similaires, que cette facilité de paiement contribue à accroître les dépenses de médicaments de 20%. Le nouveau tableau est identique à l'exception de la ligne pharmacie.

Prime pure corrigée =
 $1,2 \times 800 \text{ UM} = 960 \text{ UM}$

Services de santé (exemples)	Garanties		Données stat (prime pure)			Calcul des cotisations				Total (UM)
	Taux de prise en charge	Co-paiement	Proba	Quantité moyenne	Coût unitaire moyen	Prime pure	Charge de sécurité	Coût de fonctionnement 10%	Excédent 5%	
Pharmacie	100%	0	0,50	2	800	960	96	105,6	58,1	1219,7
Cotisation annuelle par personne										3587,6

On recalcule ensuite la cotisation pour la pharmacie et la cotisation annuelle par personne, qui passe de 3384,3 UM à 3587,6 UM. Le choix du tiers payant pour la pharmacie est le fruit d'un arbitrage entre le service rendu (ne pas avoir à avancer les dépenses) et son impact financier sur la cotisation.

Facturation du tiers payant et du service de prévention/information santé

Le coût du tiers payant pharmaceutique (frais liés au conventionnement des prestataires de soins et au suivi de la facturation) et celui des séances d'information santé (frais d'organisation) s'ajoutent à la cotisation de base (+ 50 UM par individu et par an pour chacun d'eux soit + 100 UM au total). La cotisation annuelle par personne devient donc égale à 3687,6 UM.

Le coût moyen du transport en urgence est estimé à 100 UM par individu et par an. Il s'ajoute à la cotisation individuelle pour les personnes ayant souscrit à ce service (proposé en option).

Périodicité de paiement des cotisations

S'il est prévu de pratiquer le paiement mensuel des cotisations, la cotisation annuelle doit être divisée par 12.

	Cotisation annuelle par personne	Cotisation mensuelle par personne
Sans le service de transport en urgence	3687,6 UM	307,3 UM
+ Transport en urgence	+ 100 UM	+ 8,3 UM

Mode de calcul des cotisations individuelles et familiales

Dans le cas d'une cotisation «individuelle», chaque personne couverte «paie» le montant de la cotisation annuelle par personne. Ainsi une famille de 5 personnes devra payer 5 fois ce montant.

	Cotisation annuelle par personne	Cotisation annuelle d'une famille de 5 personnes
Sans le service de transport en urgence	3687,6 UM	18 438 UM

Dans le cas d'une cotisation «familiale», chaque famille couverte paie un montant fixe de cotisation quel que soit le nombre de personnes couvertes (adultes, enfants).

Pour calculer le montant de la cotisation familiale il suffit de définir très précisément ce que l'on entend par «famille», puis de connaître le nombre moyen de personnes par famille (ex.: 6,7 personnes). Ce mode d'expression avantage les familles nombreuses aux dépens des familles peu nombreuses. Dans notre exemple, le montant de la cotisation «familiale» = 6,7 × cotisation annuelle par personne.

	Cotisation annuelle par personne	Cotisation annuelle d'une famille quelle que soit sa taille
Sans le service de transport en urgence	3687,6 UM	24 707 UM

On peut également envisager des cotisations proportionnelles au niveau de revenus, les familles les plus riches subventionnant les cotisations des plus pauvres.

Exemple: Sur la population cible la répartition des revenus est la suivante:

- moins de 500000 UM par an: 57,9% des familles;
- de 500000 à 1 000000 UM par an: 24,3% des familles;
- plus de 1 000000 UM par an: 17,8%.

En fixant le montant de la cotisation familiale annuelle à 20000 UM pour la première tranche, 24707 UM pour la deuxième tranche et 40020 UM pour la troisième tranche on garde un montant de cotisation moyen de 24707 UM et on permet aux familles les plus pauvres de bénéficier de l'assurance.

Ce système de subvention croisée peut être cependant difficile à mettre en place. D'autres formes de subventions peuvent également être recherchées, notamment auprès de l'Etat.

4.5.7 Calcul de la disposition à payer

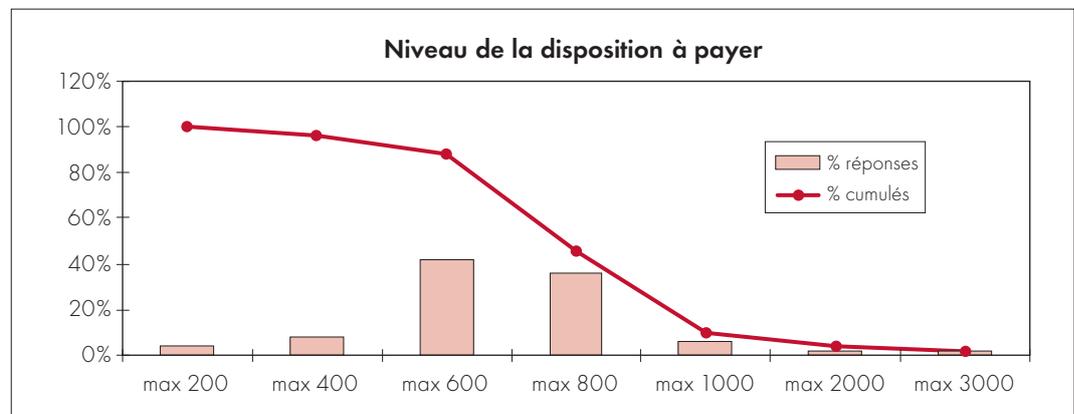
Exemple de support de restitution des données sur le niveau de la disposition à payer

Pour la méthode de transformation des informations sur le niveau de la disposition à payer en données directement utilisables, se référer à:

► **3.4.8** – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 8 «Evaluer la disposition à payer de la population cible», page 109.

Les données sur le niveau de la disposition à payer peuvent être représentées sur un graphique qui représente le pourcentage de réponses positives et le score cumulé par tranche de contribution.

Dans l'exemple ci-dessous le niveau de contribution de 600 UM a obtenu 42% des réponses et 88% des ménages accepteraient un niveau de 600 UM ou plus (score cumulé). Le niveau de contribution de 800 UM a obtenu 36% des réponses et 46% des ménages accepteraient un niveau de 800 UM ou plus.



4.6 Préparation des négociations ou accords avec les différentes organisations partenaires (prestataires de soins et autres)

Exemple de grille «Prestataires de soins»

La grille «Prestataires de soins» est un outil d'aide à la décision qui permet de préciser les différents termes de l'accord avec les prestataires de soins. Elle comprend les valeurs des données collectées et des indicateurs calculés dans le cadre de 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 accord peut porter sur les prix, sur des normes de qualité, sur la mise en place de protocoles thérapeutiques, sur le mode de paiement des services de santé (à l'acte ou forfaitaire). Il peut s'agir d'un accord de tiers payant. Dans ce cas, il faut aussi se mettre d'accord sur les services concernés par le tiers payant, les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au paiement.

Nom de la formation sanitaire: _____						
Adresse: _____						
Nom de la personne rencontrée dans le cadre de la préparation des accords: _____						
Tarifs des services de santé (que le système envisage de couvrir)						
Nom du service	Tarif officiel	Tarif négocié par autres syst. MAS	Surtarififications (estimation)	Première proposition de tarif Date:	Seconde proposition de tarif Date:	Tarif négocié Date:
Consultation						
Médicaments						
...						
Normes de qualité						
Critère de qualité	Niveau de qualité objective	Niveau de qualité perçue	Problèmes de dysfonctionnement	Pistes d'amélioration	Objectif de qualité à horizon Date:	Mesures d'accompagnement envisagées
Durée d'attente pour avoir un rendez-vous						
Présence effective du personnel de santé						
Niveau de disponibilité en médicaments						
... (liste non exhaustive)						

Protocoles thérapeutiques				
Pathologie ou soins	Protocole actuel	Problèmes identifiés	Améliorations envisagées	Mesures d'accompagnement envisagées
Mode de paiement				
Nom du service couvert	Mode de tarification actuel		Mode de paiement envisagé	
...				
Mécanisme de tiers payant				
Services concernés:				
Contrôles à effectuer avant les soins:				
Procédure à suivre après les soins:				
Fréquence souhaitée pour le paiement global (facturation récapitulative): <input type="checkbox"/> paiement tous les 15 jours <input type="checkbox"/> chaque mois <input type="checkbox"/> chaque trimestre				

4.7 Choix de l'organisation du système

Exemple de tableau de définition des organes et acteurs

Fonction de décision		
Qui assure les fonctions de décisions? (nom du ou des organes)	1.	
	2.	
	Organe 1: Nom _____	Organe 2: Nom _____ (le cas échéant)
Qui peut faire partie de l'organe?		
Comment sont désignés/ élus les membres?		
Quelles sont les attributions/ fonctions de l'organe?		
Acteurs envisagés (internes/externes; bénévoles, salariés ou indemnisés)		

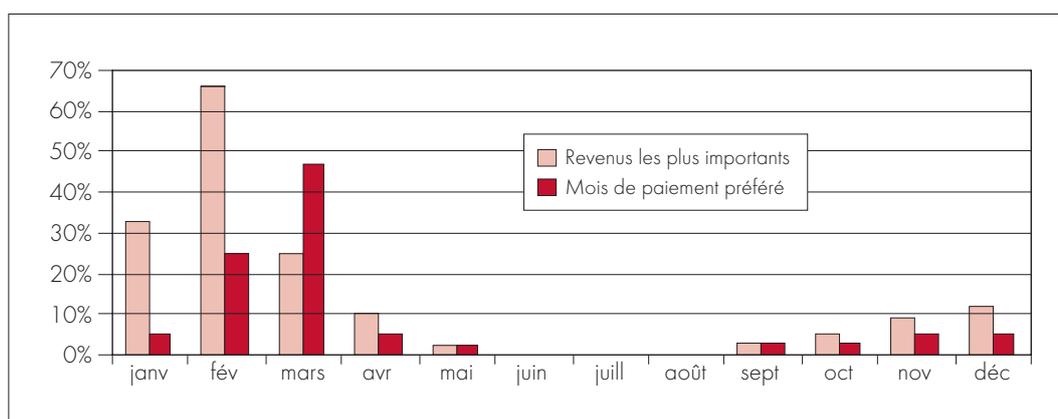
Fonction d'exécution	
Qui assure les fonctions exécutives? (nom de l'organe)	
L'organe comporte-t-il plusieurs subdivisions? Lesquelles?	
Qui peut faire partie de l'organe?	
Comment sont désignés/ élus les membres?	
Quelles sont les attributions/fonctions de l'organe? De chaque subdivision?	
Acteurs envisagés (internes/externes; bénévoles, salariés ou indemnisés)	

Fonction de contrôle	
Qui assure les fonctions de contrôle? (nom de l'organe)	
Qui peut faire partie de l'organe?	
Comment sont désignés/ élus les membres?	
Quelles sont les attributions/fonctions de l'organe?	
Acteurs envisagés (internes/externes; bénévoles, salariés ou indemnisés)	

4.8 Choix des modalités de fonctionnement du système

Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer

On peut représenter sur le même graphique les variations saisonnières des revenus et de la disposition à payer. Dans l'exemple ci-dessous, les revenus sont saisonniers, avec un pic de revenus en février. La disposition à payer est la plus élevée dans la période qui suit (fin février-début mars).



Construction d'un tableau de rôles

Le comité de pilotage recense les différentes opérations nécessaires au fonctionnement et à la gestion du système de micro-assurance santé, en s'interrogeant à chaque fois sur qui fait quoi et comment. Le tableau de rôles est construit de la manière suivante:

1. On liste tous les acteurs impliqués, des adhérents aux prestataires, en passant par les organes du système de micro-assurance santé (si ces derniers ne sont pas encore clairement identifiés, le tableau de rôles permettra de les définir) et on reporte tous ces acteurs dans la première ligne du tableau.
2. On liste toutes les opérations de gestion dans un ordre chronologique (adhésion, paiement des cotisations, etc.) et on reporte ces opérations dans la colonne de gauche du tableau.
3. On décompose chaque opération en une ou plusieurs actions.

Exemple: L'opération «Adhésion» comprend les actions suivantes: demande d'adhésion, acceptation ou rejet de la demande, paiement des droits d'adhésion et de la première cotisation, inscription dans le registre d'adhésions.

4. On détermine le responsable de chaque action en répondant à la question «Qui fait quoi?».

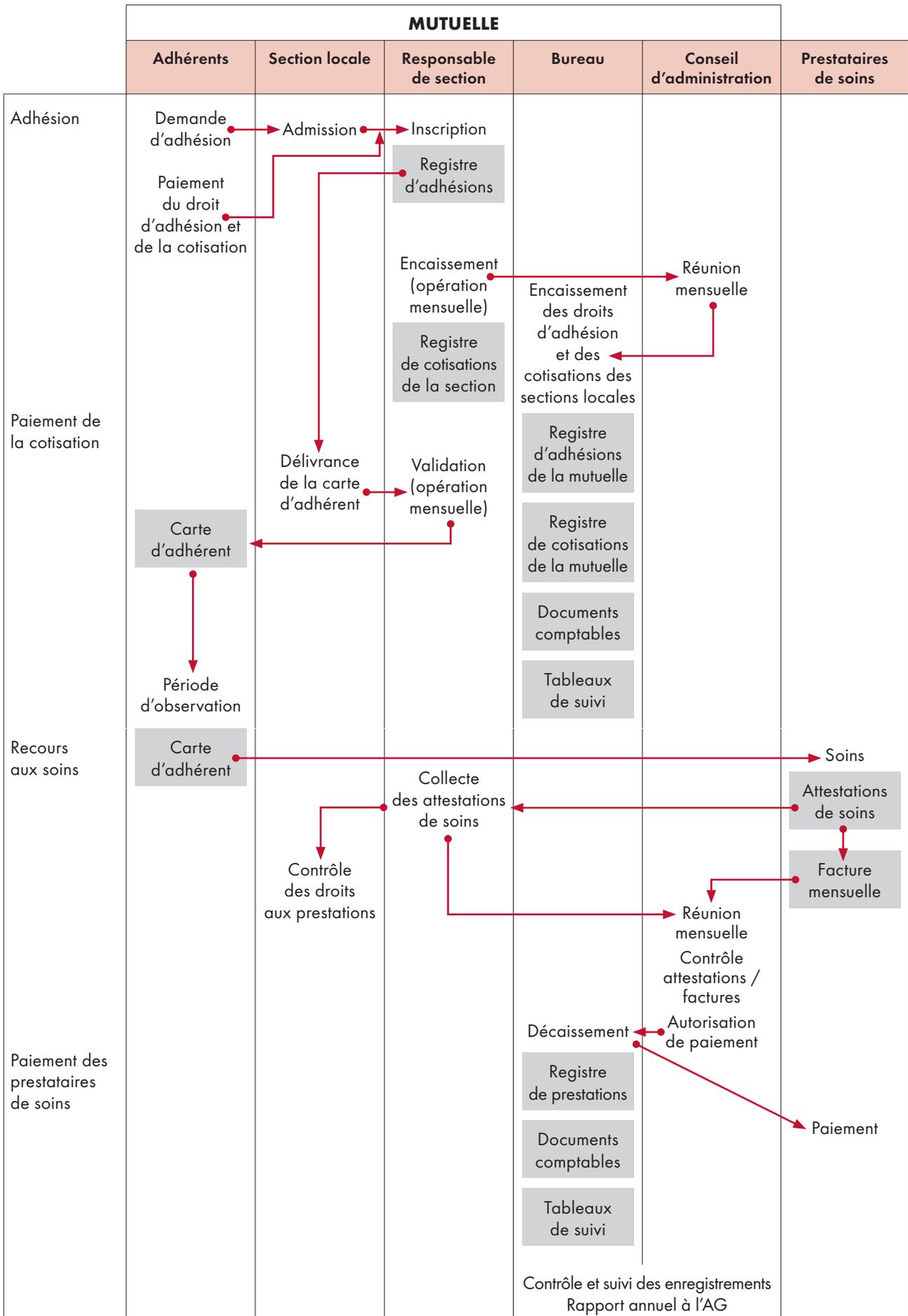
Exemple: La question «Qui effectue la demande d'adhésion?» a pour réponse: «L'adhérent». La question «Qui accepte la demande?» a pour réponse: «La section locale».

5. On place chaque action dans la colonne correspondant à l'acteur identifié.

Exemple: L'action «Demande d'adhésion» est placée dans la colonne correspondant à l'adhérent.

6. Lorsqu'une action est attribuée à un acteur, on identifie le ou les supports de gestion (documents, registres, outils informatiques, etc.) qui seront utilisés.

Exemple: Registre d'adhésions de la section/de la mutuelle, tableaux de suivi.



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:

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

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 $3106,2 \times 1000 = 3\ 106\ 200$ 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.

5. Outils pour préparer la mise en place du système

Les outils pour préparer la mise en place du système comportent:

Des exemples de plans thématique et chronologique du rapport de l'étude de faisabilité



Outil 5.1

Ils fournissent un canevas pour rédiger le rapport selon deux logiques différentes

Une trame de contrat et un exemple de contrat individuel



Outil 5.2

Ils permettent de disposer de la structure d'un contrat et illustrent le contenu des contrats

Un exemple de plan d'actions



Outil 5.3

Les différents éléments constituant un plan d'actions sont présentés

Une trame et un exemple de convention avec les prestataires de soins



Outil 5.4

Ils permettent de disposer de la structure d'une convention et illustrent son contenu

5.1 Exemples de plans pour le rapport de l'étude de faisabilité

Le plan du rapport de l'étude de faisabilité peut soit suivre un ordre thématique, soit suivre la chronologie de l'étude de faisabilité.

Exemple de plan suivant un ordre thématique

1. Introduction

- Présentation de l'organisation promotrice du système.
- Description de l'origine du projet de micro-assurance santé.

2. Le déroulement de l'étude

- L'équipe chargée de l'étude.
- Le budget, les écarts éventuels avec le budget prévisionnel.
- Le déroulement: la description des différentes phases et étapes, les dates auxquelles les principaux jalons ont été atteints, le diagramme de Gantt effectué (qui peut être différent de celui prévu initialement).

3. La méthodologie de l'étude

- La démarche de la collecte: tableaux stratégique et de mise en œuvre.
- Les supports de collecte (Cf. Annexe 1 pour le détail des supports de collecte).
- La démarche d'élaboration du système: méthode participative ou non.

4. Les conditions préalables de faisabilité

- Description sommaire de la situation initiale et respect des conditions préalables.

5. Le contexte

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Connaître le contexte» (objectif 1): description du contexte économique, démographique, social, sanitaire, politique, etc.

6. La population cible

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix de la population cible» (objectif 2).
- Les critères de choix utilisés.
- La population cible choisie: villages, quartiers, coopératives, etc.

7. Les services de santé à couvrir

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «Préparer le choix des services de santé à couvrir» (objectif 4).
- Les critères de choix utilisés.
- Les services de santé retenus.

8. Les prestataires de soins partenaires et les relations avec l'offre de soins

- Les résultats de la collecte dans le cadre des objectifs «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires» (objectif 3) et «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant» (objectif 5).
- Les critères de choix utilisés.
- Les prestataires de soins retenus. Les services et prestataires pour lesquels un système de tiers payant est envisagé.

9. Les formules de couverture et les montants de cotisation correspondants

- Les résultats de la collecte dans le cadre des objectifs «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible» (objectif 6) ou «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires» (objectif 7); et «Evaluer la disposition à payer de la population cible» (objectif 8).
- Les résultats des calculs pour les différents scénarios envisagés.
- Les critères de choix utilisés pour sélectionner le meilleur couple prestations/cotisations.
- Le(s) couple(s) prestations/cotisations retenu(s), c'est-à-dire la ou les formules de couverture que les adhérents pourront choisir.

10. Les accords de partenariat avec l'offre de soins et d'autres organismes partenaires et les aides publiques sollicitées

- Les résultats de la collecte dans le cadre de l'objectif «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» (objectif 9).
- Le contenu des différents accords.
- Cf. Annexe 2 pour les textes des différents accords.

11. L'organisation du système

- Les modes d'organisation envisagés et les critères de choix utilisés.
- Le mode d'organisation choisi.
- Cf. Annexe 2 pour les documents constitutifs: statuts, organigramme.

12. Les règles de fonctionnement

- Les règles de fonctionnement envisagées.
- Les règles de fonctionnement choisies.
- Cf. Annexe 2 pour le manuel des procédures de gestion, le règlement intérieur ou le(s) contrat(s).

13. Le budget et le plan d'actions

- Le budget prévisionnel.
- Le plan d'actions.

Annexe 1

Les supports de collecte réalisés au cours de la phase de collecte de données

- Les grilles de saisie, les formulaires d'entretien, les questionnaires d'enquête.

Annexe 2

Les documents et outils produits au cours la phase de préparation du système

- Les statuts, le règlement intérieur ou le(s) contrat(s), le manuel des procédures de gestion, les conventions avec l'offre de soins, etc.

Exemple de plan suivant un ordre chronologique

1. Introduction

- Présentation de l'organisation promotrice du système.
- Description de l'origine du projet de micro-assurance santé.

2. Le déroulement de l'étude

- L'équipe chargée de l'étude.
- Le budget, les écarts éventuels avec le budget prévisionnel.
- Le déroulement: la description des différentes phases et étapes, les dates auxquelles les principaux jalons ont été atteints, le diagramme de Gantt effectué (qui peut être différent de celui prévu initialement).

3. Les conditions préalables de faisabilité

- Description sommaire de la situation initiale et respect des conditions préalables.

4. La collecte des données

La démarche de la collecte

- Le tableau stratégique qui définit les objectifs, avec pour chacun d'eux les informations recherchées et les sources utilisées.
- Le tableau de mise en œuvre qui définit pour chaque source les informations à collecter et leur utilité.

Les supports de collecte

- Grilles de saisie, formulaires d'entretien, questionnaires d'enquête.
- Cf. Annexe 1 pour le détail des supports de collecte.

L'organisation de la collecte

- L'équipe chargée de la collecte.
- L'échantillonnage de la population enquêtée.
- Les tests des formulaires et questionnaires.
- Le nombre d'entretiens, d'enquêtes ménages.
- La saisie des données collectées dans un outil informatique.

La préparation des choix par objectif

- Les données sur le contexte.
- Les données permettant de préparer le choix de la population cible.
- Les données permettant de préparer le choix des prestataires de soins partenaires.
- Les données permettant de préparer le choix des services de santé à couvrir.

Etc.

5. La définition du système

La démarche utilisée: participative ou non

Les méthodes et outils utilisés

- Les outils de restitution et de décision, les outils de calcul, etc.

Les alternatives et les choix effectués

- La population cible.
- Les prestataires de soins partenaires et les relations avec l'offre de soins.
- Les formules de couverture et les montants de cotisation correspondants.
- Les accords de partenariat avec l'offre de soins et d'autres organismes partenaires.
- Les aides publiques.
- L'organisation du système.
- Les règles de fonctionnement.
- Le budget et le plan d'actions.

6. La préparation de la mise en place

- Liste des documents et outils produits.
- Cf. Annexe 2 du rapport pour le détail des documents et outils.

Annexe 1

Les supports de collecte produits au cours de la phase de collecte de données

- Les grilles de saisie, les formulaires d'entretien, les questionnaires d'enquête.

Annexe 2

Les documents et outils produits au cours de la phase de préparation du système

- Les statuts, le règlement intérieur ou le(s) contrat(s), le manuel des procédures de gestion, les conventions avec l'offre de soins, etc.

5.2 Exemple de plan d'actions

Exemple de plan d'actions pour le premier exercice (15/09/2005 – 14/09/2006)

1. Objectifs

A la fin du premier exercice (le 14 septembre 2006) le système sera implanté dans trois districts urbains et trois districts ruraux.

Deux campagnes d'information/communication sont prévues: l'une, en septembre 2005, s'adressera principalement aux habitants des districts urbains; l'autre, en février 2006, s'adressera principalement aux habitants des districts ruraux.

Les trois districts urbains totalisent 6000 familles soit 35 000 personnes. L'objectif est de couvrir 8% de la population cible en fin de premier exercice soit 2800 personnes (480 adhérents). Les trois districts ruraux totalisent 2000 familles soit 14 000 personnes. L'objectif est de couvrir 5% de la population cible en fin de premier exercice soit 700 personnes (100 adhérents – la taille moyenne d'une famille en milieu rural est de 7 personnes contre 5,8 en milieu urbain). La répartition prévisionnelle des adhésions au cours du premier exercice est la suivante:

	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	
Nombre de bénéficiaires (urbains)	600	1200	500	200	100	80	
Nombre de bénéficiaires (ruraux)	0	0	0	0	0	500	
Total	600	1200	500	200	100	580	
	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil.	Août	Total sept-août
Nombre de bénéficiaires (urbains)	30	30	30	10	10	10	2800
Nombre de bénéficiaires (ruraux)	150	30	20	0	0	0	700
Total	180	60	50	10	10	10	3500

2. Etapes

- constitution officielle du système: AG constitutive le 15/08;
- première campagne de communication: démarrage des opérations de communication le 01/09; «répétition générale» pour les procédures d'adhésion, les 12/09 et 13/09; réunion officielle de lancement le 14/09; démarrage des adhésions le 15/09; «répétition générale» pour les procédures de prise en charge, les 07/12 et 08/12; démarrage des prises en charge le 15/12;
- deuxième campagne de communication: démarrage des opérations de communication le 15/01; «répétition générale» pour les procédures d'adhésion, les 29/01 et 30/01; démarrage des adhésions le 01/02; «répétition générale» pour les procédures de prise en charge, les 24/04 et 25/04; démarrage des prises en charge le 01/05.

3. Contenus de chaque étape

Les opérations de communication comporteront:

- en milieu urbain, 3 réunions avec les associations de quartier (1 par district), 3 réunions en collaboration avec les responsables de centres de santé (1 par centre), une campagne mobile sur les marchés et lors de manifestations particulières ayant lieu à cette période;
- en milieu rural, 2 réunions avec les membres des coopératives, 3 réunions en collaboration avec les responsables de centres de santé (1 par centre), une campagne mobile sur les marchés.

Les campagnes mobiles seront ensuite répétées tous les mois en moyenne.

Des répétitions générales sont prévues avant le démarrage des adhésions et avant le démarrage des prises en charge, soit compte tenu de la période d'attente trois mois après le début des adhésions.

Une réunion de lancement sera organisée avant la première campagne de communication. Seront notamment présents: M. le Préfet, M. le Maire, M. D^r B. directeur de l'hôpital préfectoral, les responsables des centres de santé des 3 districts urbains et ruraux, etc.

Les adhésions auront lieu dans les antennes chargées de la promotion. En milieu urbain 5 antennes seront ouvertes: 1 au siège du système de micro-assurance santé, 1 dans les locaux de l'hôpital, 3 dans les locaux des trois centres de santé de la ville. En milieu rural, 3 antennes seront ouvertes dans les locaux des centres de santé (une par centre).

Les prises en charge avec tiers payant auront lieu dans les formations sanitaires conventionnées: à l'hôpital (services Hospitalisations en urgence, Maternité) et dans les 6 centres de santé (3 urbains, 3 ruraux).

4. Les ressources, les supports et les frais associés

Opérations de communication

- Ressources: 6 animateurs.
- Supports: brochures (6000 exemplaires), plan d'animation (6 exemplaires).
- Frais de déplacements et frais divers: 2000 UM.

Répétitions générales

- Ressources: membres du comité de pilotage ainsi que les acteurs du futur système: animateurs, gestionnaires, personnel de santé des formations sanitaires.
- Supports: scénarios en 15 exemplaires.
- Frais divers: 500 UM.

Réunion de lancement

En plus des membres du comité de pilotage, des acteurs du futur système, des autorités locales et sanitaires et des responsables d'organisations de la société civile, cette réunion sera ouverte à la population cible. L'objectif est d'effectuer à cette occasion une grosse opération d'information et de communication autour du système.

Adhésions

- Ressources: 16 animateurs et 2 gestionnaires du système pour l'enregistrement informatique.
- Supports: fiches d'adhésion (4000 exemplaires), brochures explicatives (4000), registres d'enregistrement «papier» (8), outil d'enregistrement informatique (1), récépissés de paiement des droits d'adhésion (4000).
- Frais de production des supports: 2500 UM.

Prises en charge

- Ressources: personnel des formations sanitaires conventionnées et 2 gestionnaires du système.
- Supports: cartes d'adhérent vierges (4000), formulaires d'attestations de soins (7000), formulaires de demande d'entente préalable (1000), formulaires de factures types récapitulatives (30).
- Frais de production des supports: 2000 UM.

5. Le planning

	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	→
Communication (milieu urbain)										
1 ^{re} répétition générale ¹ (12-13/09)										
Réunion de lancement (14/09)										
Démarrage des adhésions (15/09)										
2 ^e répétition générale ² (07-08/12)										
Démarrage prises en charge (15/12)	← Stage →									
Communication (milieu rural)										
1 ^{re} répétition générale ¹ (29-30/01)										
Démarrage des adhésions (01/02)										
2 ^e répétition générale ² (24-25/04)										
Démarrage prises en charge (01/05)						← Stage →				
¹ Pour les procédures d'adhésion. ² Pour les procédures de prise en charge.										

5.3 Modèle de trame et exemple de rédaction d'un contrat d'assurance santé

Exemple de trame de contrat

Bloc 1

Les parties au contrat, c'est-à-dire le système de micro-assurance santé et l'adhérent dans le cas d'un contrat individuel; le système de micro-assurance et l'organisme (coopérative, syndicat, entreprise, etc.) souscrivant le contrat pour le compte de ses membres dans le cas d'un contrat collectif.

Le cadre législatif: loi ou code s'appliquant au contrat.

Le type de contrat: individuel ou collectif.

Bloc 2

L'objet du contrat.

Bloc 3 Dans le cas d'un contrat collectif uniquement

Les dispositions concernant le contrat passé entre le système de micro-assurance et l'organisme:

- la prise d'effet, la durée, le renouvellement;
- les modifications possibles;
- la résiliation du contrat;
- les dispositions en cas de litige.

Bloc 4 Dispositions concernant la couverture d'assurance

Les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture:

- définition de l'adhérent;
- définition des ayants droit.

L'adhésion:

- formalités d'adhésion;
- prise d'effet de l'adhésion;
- durée de l'adhésion et renouvellement;
- modifications de l'adhésion: pour chaque modification, date à laquelle la demande de modification doit être effectuée, supports spécifiques utilisés et date de prise d'effet de la modification;
- résiliation: date pour effectuer une demande de résiliation, supports spécifiques utilisés, date de prise d'effet de la résiliation;
- exclusion d'un adhérent: circonstances de l'exclusion, délai pour informer l'adhérent concerné, date de prise d'effet;
- exclusion d'un ayant droit: circonstances de l'exclusion, délai pour informer l'adhérent et l'ayant droit concernés par la radiation, date de prise d'effet.

La cessation des garanties et des services.

Bloc 5 Dispositions concernant les garanties et les services auxiliaires

Les garanties:

- liste des services de santé couverts;

- liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge (ex.: épidémies, guerres);
- délais de carence, le cas échéant;
- dans le cas où le système ne prévoit pas de tiers payant sur l'ensemble des services: déchéance de tout droit aux prestations, c'est-à-dire délai maximal dont bénéficie l'adhérent pour effectuer une demande de remboursement;
- modalités de règlement des prestations: paiement en espèces, par chèque ou virement sur un compte bancaire ou postal;
- possibilité de choisir la formule de couverture le cas échéant;
- grille des formules de couverture avec pour chaque formule les services couverts et les niveaux de prise en charge.

Les services auxiliaires (ex.: programme de prévention).

Bloc 6 Dispositions concernant les cotisations

- principe de calcul de la cotisation d'une famille à partir des tarifs individuels;
- grille tarifaire;
- règles de mise à jour des tarifs;
- modalités de paiement des cotisations.

Exemple de rédaction d'un contrat individuel

EXEMPLE DE CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Société d'assurance La Prévoyance (nom fictif)

Préambule

Le présent contrat, régi par la loi _____ (*loi ou code s'appliquant*) a été conclu entre La Prévoyance ci-après dénommée «la société d'assurance» dont le siège social est fixé à _____ (*adresse*) d'une part, et «l'adhérent» d'autre part.

Il s'agit d'un contrat d'assurance individuelle.

Article 1 – L'objet

Le présent contrat a pour objet d'offrir à **l'adhérent** et aux membres de sa famille une couverture d'assurance santé comprenant des garanties et des services.

Article 2 – Les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture

Définition de l'adhérent - Toute personne âgé(e) de plus de 18 ans, domiciliée dans la préfecture de K. et ne bénéficiant d'aucune autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre) a la possibilité d'adhérer au contrat.

Définition de l'ayant droit - **L'adhérent** peut choisir parmi les membres de sa famille (conjoint, concubin, ascendant, descendant, collatéral) un ou plusieurs ayants droit. Le nombre d'ayants droit n'est pas limité. En revanche les ayants droit doivent tous être nommément inscrits sur la fiche d'adhésion. Ils bénéficient des mêmes garanties et services que **l'adhérent**. Pour être inscrits les ayants droit ne doivent pas bénéficier d'une autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre).

Article 3 – L'adhésion

Formalités d'adhésion – **L'adhérent** doit remplir une demande d'adhésion et la remettre à **la société d'assurance**, qui se réserve le droit d'accepter ou de refuser la demande d'adhésion.

Prise d'effet de l'adhésion – L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion, à condition que la demande d'adhésion ait été acceptée.

Durée de l'adhésion et renouvellement – L'adhésion dure une année; elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction.

Ajout/radiation d'un ayant droit – **L'adhérent** peut demander l'ajout d'un ayant droit à tout moment par écrit. Cet ajout prend effet le premier jour du mois suivant la demande. Il peut demander la radiation d'un ayant droit à tout moment par écrit. Cette radiation ne prend effet qu'à la date anniversaire de l'adhésion sauf en cas de décès de l'ayant droit: dans ce cas elle prend effet le premier jour du mois suivant le décès. Un ayant droit radié ne peut être réintégré avant deux ans.

Modification des garanties – **L'adhérent** peut demander la modification des garanties choisies au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.

Souscription à/suppression d'un service – **L'adhérent** peut demander la souscription à un service ou la suppression d'un service au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. Elles prennent effet à cette date anniversaire.

Autres modifications – **L'adhérent** peut également demander de modifier le fractionnement de la cotisation, le mode de paiement de la cotisation ou le mode de règlement des prestations. La demande doit être effectuée au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.

Il peut enfin demander la modification d'informations administratives à tout moment. Ces modifications prennent effet à la date de réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par **l'adhérent**.

Résiliation – **L'adhérent** a la possibilité de résilier son adhésion. La demande doit parvenir à **la société d'assurance** au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La résiliation prend effet à cette date.

Exclusion d'un adhérent – **L'adhérent** peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis.

En cas de retard de paiement des cotisations de 15 jours, **l'adhérent** reçoit une lettre de mise en demeure de payer. Si la situation n'est pas régularisée dans les 15 jours qui suivent, les garanties et services sont suspendus et le restent en l'absence de régularisation. Au bout de trois mois consécutifs de suspension, **l'adhérent** est exclu du contrat. Il est en outre redevable des prestations indûment touchées pendant la période précédant la suspension (15 jours de retard de paiement + 15 jours de mise en demeure).

Un **adhérent** exclu ne peut à nouveau adhérer à un contrat individuel ou collectif de la société d'assurance ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Exclusion d'un ayant droit – Un ayant droit peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis. Un ayant droit exclu ne peut adhérer à un contrat individuel ou collectif de **la société d'assurance** ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Article 4 – La cessation des garanties et des services

Les garanties et les services cessent pour **l'adhérent** et les ayants droit à la date à laquelle l'adhésion prend fin, que cela soit par résiliation, exclusion ou décès. Ils cessent également pour un ayant droit à la date de son exclusion ou de sa radiation.

En cas de décès de **l'adhérent**, les garanties et les services cessent pour les ayants droit le premier jour du mois suivant le décès. Les ayants droit, ou leur tuteur légal si tous les ayants droit sont mineurs, peuvent s'ils le souhaitent adhérer à un contrat individuel équivalent à compter de la date de cessation des garanties.

Article 5 – Les garanties

Liste des services de santé couverts – Seuls certains services de santé dispensés dans les centres de santé et à l'hôpital préfectoral de K. sont pris en charge. Il s'agit des services de santé suivants:

- dans les centres de santé: consultations, pharmacie (uniquement médicaments de la liste des médicaments essentiels*), accouchements simples, radios, analyses;
- à l'hôpital: consultations, pharmacie (uniquement médicaments de la liste des médicaments essentiels*), hospitalisation médicale, accouchements simples, accouchements dystociques, radios, analyses, chirurgie non programmée. Les actes de chirurgie programmée peuvent dans certains cas faire l'objet d'une prise en charge. L'accord de prise en charge doit être demandé avant la réalisation des soins (formulaires d'entente préalable).

* La liste des médicaments essentiels est disponible au siège de **la société d'assurance**, dans chaque centre de santé et à la pharmacie de l'hôpital préfectoral de K.

Liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge – En cas de guerre ou d'épidémie, les services de santé mentionnés ci-dessus ne sont pas pris en charge.

Délais de carence – Seules les dépenses de santé engagées trois mois au moins après la date de l'adhésion, ou trois mois au moins après la date d'affiliation d'un ayant droit, peuvent faire l'objet d'une prise en charge. Ce délai est porté à 9 mois pour les services de santé «Accouchements simples» et «Accouchements dystociques». Il est porté à 12 mois pour le service «Chirurgie programmée».

Déchéance de tout droit aux prestations – La demande de remboursement doit être effectuée au plus tard six mois après la date des dépenses médicales. Passé ce délai les dépenses ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Modalités de règlement des prestations – Le règlement des prestations est effectué en espèces dans chaque antenne de **la société d'assurance** ou au niveau de la caisse centrale. Le règlement peut également être effectué par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de **l'adhérent**. Le mode de règlement des prestations est choisi au moment de l'adhésion. Les règlements ont lieu le premier jour du mois suivant la réception de la demande de remboursement.

Niveaux de prise en charge – Les niveaux de prise en charge sont identiques pour les adultes et les enfants. **L'adhérent** peut choisir la garantie «Centre de santé», la garantie «Hôpital» ou les deux simultanément. La(les) garantie(s) choisie(s) s'appliquent à **l'adhérent** et ses ayants droit.

Garantie «Centre de santé»		Garantie «Hôpital»	
Services couverts	Niveau de prise en charge	Services couverts	Niveau de prise en charge
Consultations	100% dépenses engagées	Consultations	100% dépenses engagées
Pharmacie	100% dépenses engagées	Pharmacie	100% dépenses engagées
Accouchements simples	100% dépenses engagées	Hospitalisation médicale	100% dépenses engagées
Radios	80% dépenses engagées	Accouchements simples	100% dépenses engagées
Analyses	80% dépenses engagées	Accouchements dystociques	100% dépenses engagées
		Radios	80% dépenses engagées
		Analyses	80% dépenses engagées
		Chirurgie non programmée	100 % dépenses engagées
		Chirurgie programmée*	100 % dépenses engagées

*Uniquement sur entente préalable

Article 6 – Les services auxiliaires et optionnels

Les services sont proposés en option moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Tiers payant pharmaceutique – il s'agit de la dispense d'avance de frais dans les pharmacies ayant signé une convention avec **la société d'assurance** pour les médicaments et consommables médicaux prescrits par le personnel de santé des centres de santé conventionnés et de l'hôpital préfectoral de K. La liste des pharmacies et centres de santé conventionnés est disponible auprès de **la société d'assurance**.

Tiers payant hospitalier – il s'agit de la dispense d'avance de frais à l'hôpital préfectoral de K. pour les services suivants: hospitalisation médicale, accouchements simples, accouchements dystociques, chirurgie non programmée.

Transport en urgence – il s'agit de la prise en charge de la course en taxi pour le transport en urgence à l'hôpital préfectoral de K. d'un malade incapable de marcher ou d'une femme en travail. La course est prise en charge à hauteur de 100% des dépenses engagées dans la limite de 4500 UM par évacuation.

En outre les adhérents et leurs ayants droit peuvent participer gratuitement à un programme de prévention et d'information santé. La liste des activités de prévention et des séances d'information santé sont disponibles au siège de **la société d'assurance**.

Article 7 – Les cotisations

Principe de calcul de la cotisation d'une famille – La cotisation familiale est la somme des tarifs individuels des personnes couvertes de la famille.

Grilles tarifaires

	Garantie «Centre de santé»		Garantie «Hôpital»	
	Tarif annuel adulte (UM)	Tarif annuel enfant (UM)	Tarif annuel adulte (UM)	Tarif annuel enfant (UM)
Districts ruraux	2000	1500	1500	1000
Districts urbains	2400	1800	1800	1200

	Tarif annuel par personne (UM)
Tiers payant pharmacie	200
Tiers payant hospitalier	50
Transport en urgence	100
Information/Prévention	gratuite

Règles de mise à jour des tarifs – Les tarifs sont indexés sur le taux officiel d'inflation. Ils sont modifiés chaque année à la fin de l'exercice pour l'exercice suivant. Les nouveaux tarifs s'appliquent à tous les adhérents et leurs ayants droit.

Modalités de paiement des cotisations – Le paiement des cotisations peut être effectué par semaine, par mois ou par semestre selon le souhait de **l'adhérent**. Les cotisations peuvent être payées par prélèvement automatique, par chèque ou en espèces. Le fractionnement et le mode de paiement sont choisis au moment de l'adhésion.

5.4 Modèle de trame et exemple de rédaction d'une convention avec l'offre de soins

Le contenu des conventions peut varier d'un système de micro-assurance santé à l'autre, d'un prestataire à l'autre. Il dépend des décisions prises au cours de la phase de définition du système: mise en place d'un mécanisme de tiers payant, de normes de qualité ou de protocoles thérapeutiques à respecter, choix de modes de paiement particuliers, négociation de tarifs préférentiels, etc. Il dépend aussi de paramètres contextuels: réglementation, organisation de la carte sanitaire, possibilité de tisser des réseaux* entre formations sanitaires de différents échelons de la pyramide sanitaire, possibilité d'instaurer des systèmes d'incitation financière des membres du personnel, etc.

Exemple de trame de convention

Quel que soit le contenu du texte de la convention, celle-ci est avant tout un contrat qui peut être organisé selon la trame suivante:

Bloc 1 – Les parties de la convention

Bloc 2 – L'objet de la convention et l'objectif du réseau de formations sanitaires, si un tel réseau est envisagé

Bloc 3 – La prise d'effet, la durée, le renouvellement

Bloc 4 – Les modifications

Bloc 5 – La résiliation

Bloc 6 – Les cas de litige et les modes d'arbitrage

Bloc 7 – Les engagements des deux parties

Exemple de texte de convention

L'exemple qui suit décrit de manière très précise les engagements des deux parties, dans le cadre particulier de la mise sur pied d'un réseau de prestataires de soins. Les conventions, comme celle présentée, sont signées avec chaque formation sanitaire membre du réseau. Les dispositions concernant le réseau de prestataires (article premier) et les groupes de progrès peuvent être supprimées si le système de micro-assurance santé n'envisage pas de constituer un tel réseau.

L'idée d'intégrer les prestataires de soins conventionnés dans un réseau est cependant intéressante: elle les pousse à s'informer et à se former et leur donne un label de qualité. Elle permet d'accroître l'efficacité des soins et de limiter les coûts grâce à une meilleure coordination et une meilleure circulation de l'information entre les prestataires du réseau, notamment sur les dossiers médicaux des patients.

La rédaction relativement précise peut apparaître lourde mais elle est nécessaire si l'on souhaite établir des conventions encadrées juridiquement.

EXEMPLE DE CONVENTION entre la société d'assurance La Prévoyance et la formation sanitaire _____ (nom de la formation sanitaire) Convention n° _____

Préambule

Le texte de la présente convention a été ratifié le 2 octobre 2004 par l'assemblée générale de **la société d'assurance La Prévoyance**.

La présente convention est signée par **la société d'assurance La Prévoyance** ci-après dénommée «la société d'assurance» dont le siège social est fixé à _____ d'une part, et _____ ci-après dénommé «la formation sanitaire» dont le siège est fixé à _____ d'autre part.

Article premier – L'objet de la convention

La présente convention définit les engagements réciproques de **la société d'assurance** et de **la formation sanitaire** dans le cadre du réseau de formations sanitaires conventionnées mis en place par **la société d'assurance**.

L'objectif de ce réseau est de:

- faciliter l'accès aux soins des adhérents de **la société d'assurance** et de leurs familles: par la mise en place – pour certains services – d'un mécanisme de tiers payant dans les formations sanitaires du réseau et par une meilleure diffusion de l'information au sein du réseau sur les types de recours adaptés pour chaque pathologie;
- améliorer la qualité des soins grâce à l'application des normes de qualité définies dans les conventions et des bonnes pratiques définies dans les groupes de progrès (cf. définition plus bas);
- améliorer le niveau d'éducation sanitaire des adhérents de **la société d'assurance** et de leurs familles grâce à des actions de prévention et d'information santé;
- améliorer le recouvrement des coûts des formations sanitaires du réseau grâce à la prise en charge par **la société d'assurance** des dépenses médicales liées à la consommation de certains services de santé;
- faciliter la formation continue des professionnels de santé du réseau et accroître leur niveau d'information grâce à la mise en place et au développement de groupes de progrès;
- accroître l'efficacité des soins et limiter les coûts grâce à une meilleure coordination et une meilleure circulation de l'information entre les formations sanitaires du réseau, notamment sur les dossiers médicaux des patients.

Article 2 – La prise d'effet, la durée, le renouvellement

La présente convention prend effet le 1^{er} janvier 2005 pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2005. Elle est ensuite révisée et renouvelée d'année en année. Les révisions pourront en particulier porter sur les normes de qualité et le niveau de respect de chaque norme, le niveau de respect des protocoles thérapeutiques, le niveau de participation aux groupes de progrès et aux séances d'information santé et de prévention (cf. définitions plus bas). Elles pourront aussi concerner les dates et fréquences des évaluations.

Article 3 – Les modifications

Chaque partie peut proposer à l'autre des modifications de la convention par écrit au plus tard le 31 novembre de chaque année.

Lorsque les modifications concernent les objectifs de **la formation sanitaire** (normes de qualité, protocoles thérapeutiques, participation aux groupes de progrès, animation de séances de prévention et information santé) ou les modalités de paiement, l'accord des deux parties suffit. La nouvelle convention s'applique à **la formation sanitaire** à compter du 1^{er} janvier suivant.

Lorsque les modifications portent sur des dispositions de la convention qui concernent d'autres formations sanitaires du réseau (comme les tarifs qui sont identiques dans toutes les formations sanitaires conventionnées), elles doivent obtenir l'accord de l'ensemble des responsables des formations sanitaires du réseau et du bureau exécutif de **la société d'assurance**. En cas d'accord, ces modifications sont intégrées dans un nouveau texte de convention qui doit être ratifié par l'assemblée générale de **la société d'assurance**. La nouvelle convention s'applique à toutes les formations sanitaires du réseau à compter du 1^{er} janvier suivant.

Article 4 – La résiliation

Chaque partie peut dénoncer la convention par écrit. La lettre de dénonciation doit être reçue par l'autre partie avant le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend effet le 1^{er} janvier suivant.

Article 5 – Les cas de litige

En cas de litige les parties s'en remettent à l'arbitrage d'un tiers ou en cas d'échec de l'arbitrage au jugement du Tribunal _____ (*nom du tribunal*).

Article 6 – Les engagements des deux parties

1. Les engagements de la formation sanitaire

La formation sanitaire s'engage à :

- respecter les procédures de contrôle (Cf. article 7);
- respecter les procédures de demande d'entente préalable (idem);
- délivrer selon les cas une attestation de prise en charge ou une facture individuelle (idem);
- respecter les normes de qualité (idem);
- respecter les protocoles thérapeutiques (idem);
- participer aux groupes de progrès et appliquer les bonnes pratiques définies dans le cadre de ces groupes (idem);
- préparer et animer les actions de prévention et d'information santé destinées aux adhérents du système et à leurs familles (idem);
- autoriser **la société d'assurance** à effectuer des évaluations périodiques du respect de ces engagements (idem).

2. Les engagements de la société d'assurance

La société d'assurance s'engage à :

- respecter les procédures de paiement de **la formation sanitaire** (Cf. article 7);
- respecter les tarifs conventionnés pour le calcul des montants des paiements (idem);
- communiquer les documents permettant à **la formation sanitaire** de suivre les procédures de contrôle dans le cadre du tiers payant (listing des adhérents et des personnes couvertes à jour de cotisations et ayant terminé leur stage);
- communiquer des formulaires vierges de demande d'entente préalable, d'attestation de prise en charge, de facture individuelle et récapitulative;
- promouvoir **la formation sanitaire** auprès des adhérents et de leurs familles (idem);
- organiser des groupes de progrès auxquels participeront les membres du personnel de santé de **la formation sanitaire** (idem);
- organiser des actions de prévention et d'information santé destinées aux adhérents du système et indemniser le personnel de **la formation sanitaire** ayant préparé et animé ces séances (idem).

Article 7 – Le détail des engagements

1. Les procédures de contrôle

Si les services de santé utilisés par un patient peuvent faire l'objet du tiers payant, le personnel de **la formation sanitaire** doit au préalable vérifier que le patient bénéficie de la prise en charge: inscription sur la carte d'adhésion, droit au service de tiers payant, droit aux prestations (le patient figure sur le listing des personnes couvertes mis à jour chaque mois et communiqué par **la société d'assurance**). En cas de doute le personnel de la formation sanitaire doit entrer en contact avec **la société d'assurance**. Si le cas n'est pas urgent, il peut demander au patient d'apporter une lettre de garantie signée par **la société d'assurance**.

Dans le cas d'un mécanisme de tiers payant, le personnel de la formation sanitaire doit après la réalisation des services de santé faire signer au patient une attestation de soins (formulaire communiqué par **la société d'assurance**) et lui remettre le double de cette attestation, que le patient doit à son tour communiquer à **la société d'assurance**. Cette attestation constitue la preuve que les services de santé ont bien été délivrés.

En l'absence de tiers payant, le personnel doit établir une facture détaillée des services dispensés (formulaire de facture communiqué par **la société d'assurance**) et la remettre au patient, afin qu'il puisse de son côté se faire rembourser par **la société d'assurance**.

2. Les procédures de demande d'entente préalable

Dans certains cas, les actes de chirurgie programmée peuvent être pris en charge par **la société d'assurance**. Le personnel de **la formation sanitaire** doit – avant la réalisation des actes – remplir un formulaire de demande d'entente préalable (formulaire communiqué par **la société d'assurance**), le remettre au patient qui le rapportera ensuite signé par **la société d'assurance** si celle-ci donne son accord.

3. Les normes de qualité

Au 1^{er} janvier 2006 la durée moyenne d'attente avant la réalisation du premier soin ou acte médical aux adhérents ou aux ayants droit de **la société d'assurance** devra être passée de 3,5 heures (niveau actuel) à 2 heures.

Au 1^{er} janvier 2006 le pourcentage de jours sans rupture de stock en 5 médicaments essentiels (les citer: _____) devra être passé de 65% (niveau actuel) à 90%.

Au 1^{er} janvier 2006 les procédures suivantes devront être systématiquement appliquées en matière de confidentialité des dossiers médicaux:

- le personnel non médical n'est pas autorisé à poser des questions d'ordre médical;
- toutes les questions d'ordre médical doivent être posées à huis clos c'est-à-dire dans une pièce fermée, à l'abri des regards et des oreilles indiscrettes, en l'absence de personnes ne faisant pas partie du personnel médical (autres patients, visiteurs, personnel administratif de **la formation sanitaire** et autres);
- les patientes peuvent – si elles le souhaitent – être auscultées/soignées par du personnel médical féminin;
- si le patient est accompagné par un parent ou un ami, le personnel médical doit demander l'accord du patient avant d'autoriser la ou les personnes l'accompagnant à pénétrer dans la salle de consultation ou d'examen;
- le personnel médical doit tenir un dossier médical par patient et ranger ces dossiers dans un local fermé à clé. Le dossier du patient doit être sorti au moment de la consultation ou des soins et rangé dès que ceux-ci sont terminés.

4. Les protocoles thérapeutiques

Au 1^{er} janvier 2006, le pourcentage de prescriptions de médicaments génériques auprès des adhérents ou ayants droit de **la société d'assurance** devra être passé de 35% du nombre total de prescriptions (niveau actuel) à 70%. Cette évolution sera facilitée par des séances d'information sur les médicaments génériques dispensées aux adhérents de **la société d'assurance** et à leurs familles.

5. Les groupes de progrès

Composés du personnel de santé de plusieurs formations sanitaires et éventuellement de partenaires extérieurs (chefs de clinique étrangers, médecins de santé publique, responsables de réseaux de soins), ces groupes doivent se réunir tous les mois pour : réfléchir sur des thèmes correspondant à des problématiques concrètes de la pratique médicale, envisager des actions communes pour lutter contre des maladies spécifiques ou mieux prendre en charge les malades, animer des séances de prévention et d'information santé et préparer des supports d'information à destination des adhérents et ayants droit de **la société d'assurance**.

Au 1^{er} mars 2005, **la société d'assurance** devra avoir mis sur pied 4 groupes de progrès répartis dans la préfecture. Au 1^{er} janvier 2006, 50% des médecins et des infirmiers de **la formation sanitaire** devront faire partie d'un groupe de progrès et avoir participé à au moins 6 réunions sur les 9 tenues par le groupe au cours de la première année.

6. Les actions de prévention et d'information santé

Il s'agit de séances de prévention et d'information santé sur des thèmes spécifiques : prévention des MST et du Sida, prévention des accidents du travail, prévention contre les effets du tabac, les gestes essentiels en cas de crise de paludisme, les médicaments génériques, etc.

Au 1^{er} janvier 2006, **la société d'assurance** devra avoir organisé 3 séances de prévention ou d'information santé dans le cadre de **la formation sanitaire** sur les thèmes ayant reçu les scores les plus élevés auprès de ses utilisateurs. L'organisation de ces séances sera effectuée en partenariat avec un programme de prévention. Les membres du personnel de la formation sanitaire sont invités à participer activement à la promotion de ces séances auprès de leurs patients qu'ils soient ou non adhérents de **la société d'assurance**, et, s'ils le souhaitent, à la préparation du contenu de ces séances et à leur animation.

7. Les évaluations périodiques

Une première évaluation sera effectuée en mai 2005. Elle permettra de vérifier que les procédures de contrôle et de demande d'entente préalable sont bien appliquées et que les niveaux des indicateurs de qualité sont en augmentation.

Une deuxième évaluation sera effectuée début janvier 2006. Elle permettra de vérifier que les objectifs de qualité sont atteints : durée moyenne d'attente, disponibilité en médicaments, confidentialité des dossiers médicaux, protocoles thérapeutiques, participation aux groupes de progrès et participation à la promotion, l'organisation et l'animation des séances de prévention et d'information santé.

8. Les procédures de paiement de la formation sanitaire

Le premier jour de chaque mois la formation sanitaire communique à **la société d'assurance** une facture récapitulative (modèle de facture communiqué par **la société d'assurance**). **La société d'assurance** effectue les contrôles nécessaires et paie **la formation**

sanitaire sur la base de cette facture avant le premier jour du mois suivant. Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire de **la formation sanitaire**. La valorisation des services de santé est effectuée sur la base des tarifs conventionnés (cf. ci-après). Les tarifs conventionnés sont plus élevés que les tarifs officiels, car ils tiennent compte de l'augmentation du niveau de qualité des services de santé, et de la disponibilité accrue du personnel de **la formation sanitaire**.

9. Les tarifs conventionnés

		Tarif conventionné	Tarif officiel (pour information)
Centre de santé	Consultation	600	500
	Pharmacie	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Accouchements simples	1200	1000
	Radios	840	700
	Analyses	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
Hôpital	Consultation	840	700
	Pharmacie	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Hospitalisation médicale	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Accouchements simples	1800	1500
	Accouchements dystociques	3600	3000
	Radios	1080	900
	Analyses	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel
	Chirurgie programmée*	Tarif officiel	Tarif officiel
	Chirurgie non programmée	1,2 × tarif officiel	Tarif officiel

* Uniquement sur accord préalable de la société d'assurance

10. La promotion de la formation sanitaire

La société d'assurance s'engage à communiquer la liste des formations sanitaires du réseau aux adhérents et à leurs ayants droit. Cette liste fait partie du dossier d'accueil des nouveaux adhérents remis à chaque adhésion nouvelle. Elle est également affichée dans les locaux de **la société d'assurance** et dans chaque antenne locale.